

Ir al medico: El syndrome de Yentl

Caroline Criado Pérez

Font: CRIADO PÉREZ, C. (2021) *La mujer invisible. Descubre cómo los datos configuran un mundo por y para los hombres*. Traducción Aurora Echevarría Pérez. Ed. Titivillus.

EL SÍNDROME DE YENTL

En la película *Yentl* de 1983, Barbra Streisand interpreta a una joven judía en Polonia que se hace pasar por un hombre para poder estudiar. La premisa de la película se ha abierto camino en la tradición médica como «el síndrome de Yentl», que describe el fenómeno por el cual las mujeres reciben diagnósticos y tratamientos erróneos a menos que los síntomas o enfermedades que sufren se correspondan con los de los hombres. A veces, el síndrome de Yentl puede resultar mortal.

Si nos pidieran que nos imagináramos a alguien en medio de un infarto de miocardio, lo más probable es que pensáramos en un hombre de mediana edad, posiblemente con sobrepeso, que se lleva una mano al corazón retorciéndose de dolor. Eso es sin duda lo que ofrece una búsqueda de imágenes de Google. Es poco probable que se piense en una mujer: el infarto es algo masculino. Pero este estereotipo es engañoso. Un análisis reciente de los datos de veintidós millones de personas de América del Norte, Europa, Asia y Australasia reveló que las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos tienen un 25 % más de probabilidades de sufrir un ataque al corazón que los hombres con el mismo nivel de ingresos.

Desde 1989, la enfermedad cardiovascular ha sido la principal causa de muerte en las mujeres en Estados Unidos. Y las mujeres son más propensas que los hombres a morir después de un ataque cardíaco. Esta disparidad en las muertes ha sido así desde 1984, y las mujeres jóvenes parecen estar particularmente en peligro: en 2016, la *British Medical Journal* informó que las jóvenes tenían casi el doble de probabilidades que los hombres de morir en un hospital. Esto se debe en parte a que los médicos no están detectando a las mujeres que se hallan en riesgo: en

2016, la American Heart Association también expresó su preocupación acerca de una serie de modelos de predicción del riesgo «de uso común» en pacientes con síndrome coronario agudo, porque se habían desarrollado en poblaciones de pacientes compuestas de, como mínimo, dos tercios de hombres. «No está demostrado» que estos modelos de predicción de riesgo funcionen en las mujeres.

Los métodos preventivos comunes pueden ser menos efectivos en las mujeres. Se ha descubierto que el ácido acetilsalicílico (aspirina) es eficaz para prevenir un primer ataque cardíaco en los hombres, pero un estudio de 2005 mostró que su efecto «no [era] significativo» en las mujeres de entre cuarenta y cinco y sesenta y cinco años. Antes de ese estudio, señalaron los autores, había «pocos datos similares en las mujeres». Según un estudio más reciente de 2011, la aspirina no solo era ineficaz en las mujeres, también era potencialmente dañina «en la mayoría de los pacientes». Del mismo modo, un estudio de 2015 descubrió que tomar una dosis baja de aspirina en días alternos «es ineficaz o perjudicial para la mayoría de las mujeres en prevención primaria» de cáncer o enfermedad cardíaca.

Sin embargo, tal vez el factor que mejor explica la cantidad de mujeres que mueren de un ataque cardíaco es que sus médicos no se lo están detectando. En las investigaciones del Reino Unido se ha descubierto que las mujeres tienen un 50 % más de probabilidades de ser diagnosticadas erróneamente después de un ataque cardíaco (lo que se eleva a casi el sesenta por ciento en algunos tipos de ataques cardíacos). Esto se debe en parte a que a menudo no sufren el «infarto al estilo Hollywood», como se lo conoce en los círculos médicos (dolor en el pecho y en el brazo izquierdo). En realidad, las mujeres (especialmente las jóvenes) no perciben ningún dolor en el pecho, más bien sufren dolor de estómago, falta de aliento, náuseas y fatiga. Estos síntomas a menudo son descritos como «atípicos», término que la *British Medical Journal* cuestionó en un artículo de 2016, pues «puede conducir a una infravaloración del riesgo asociado con esta manifestación». Y esta infravaloración tal vez explique por qué un estudio realizado en Estados Unidos en 2005 reveló que «solo uno de cada cinco médicos de múltiples especialidades estaba al corriente de que cada año mueren más mujeres que hombres por enfermedades cardiovasculares, y la mayoría de estos médicos no se definieron a sí mismos

como efectivos en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares acordes con el sexo». Sean o no atípicos estos síntomas para ciertas clases de ataques cardíacos, las mujeres (de nuevo, sobre todo las jóvenes) que no presentan un dolor en el pecho tienen especial riesgo de muerte, lo que hace que sea extremadamente preocupante que las pautas actuales del National Health Service (NHS), el servicio público de salud de Inglaterra, especifiquen el «dolor torácico agudo cardiogénico» como uno de los criterios para que un paciente sea derivado para una coronariografía percutánea a uno de los centros abiertos las veinticuatro horas especializados en ataques cardíacos del país. La coronariografía percutánea es un tratamiento de emergencia que restaura el flujo sanguíneo durante un ataque cardíaco y que, según un médico con el que hablé, ha mejorado enormemente los índices de supervivencia y los resultados. Pero este tratamiento solo se lleva a cabo en estos centros de veinticuatro horas y, en consecuencia, el 75 % de los que reciben este tratamiento son hombres.

Los test de que se sirven los médicos para determinar qué le ocurre a un paciente también están contribuyendo a elevar la tasa de mortalidad femenina tras un ataque cardíaco. Se ha observado que las pruebas estándar como el electrocardiograma o el test de estrés físico son menos concluyentes en las mujeres. Un artículo publicado en 2016 en la *BMJ* se refiere a un estudio realizado recientemente en Edimburgo que demuestra que el umbral de la troponina (una proteína que se libera en la sangre cuando se produce un daño cardíaco) en un diagnóstico normal puede ser demasiado alto para las mujeres. Y no se trata solo de que los niveles de los biomarcadores sean incorrectos en las mujeres, también necesitamos establecer nuevos biomarcadores específicos para ellas. Un biomarcador es una característica biológica (como la troponina) cuya presencia puede actuar como criterio de diagnóstico de una enfermedad específica, y una revisión de las publicaciones de 2014 sobre los estudios de las diferencias por sexo indica que esta puede ser un área fructífera para la investigación. Desafortunadamente, concluye diciendo que el trabajo realizado hasta el momento es demasiado limitado para poder establecer si se encontrarán o no biomarcadores femeninos específicos.

Como los ataques cardíacos de las mujeres se presentan de manera diferente y pueden ser mecánicamente diferentes, la tecnología que hemos desarrollado para detectar problemas

puede ser poco adecuada para los corazones femeninos. Por ejemplo, un ataque cardiaco se diagnostica tradicionalmente con un angiograma, que muestra si hay arterias obstruidas. Pero las mujeres no suelen tener las arterias obstruidas, lo que significa que la exploración no mostrará anomalías, y a las mujeres que acuden al hospital con una angina (dolor en el pecho) se les puede dar el alta con un simple diagnóstico de «dolor torácico sin especificar», diciéndoles que no tienen nada serio. Solo que no es cierto: hay casos de mujeres con angiogramas «normales» que han sufrido un ataque cardiaco o un derrame cerebral poco después de ser dadas de alta del hospital.

Suponiendo que una mujer tiene la suerte de que le diagnostiquen una enfermedad cardiaca, deberá sortear la carrera de obstáculos de un tratamiento discriminatorio para ellas: las diferencias entre los sexos, por lo general, no se han integrado ni en la «sabiduría médica recibida» ni en las guías clínicas. Pongamos, por ejemplo, que a un hombre y a una mujer se les diagnostica una aorta inflamada (la aorta es el principal vaso sanguíneo que va del corazón al tórax y al estómago). Ambos presentan el mismo nivel de hinchazón pero el riesgo que corren no es el mismo: la mujer tiene un riesgo mayor de rotura, lo que conlleva un 65 % de probabilidades de morir. Y, sin embargo, en las directrices clínicas holandesas, los umbrales para la cirugía no difieren para cada sexo.

Las pruebas de diagnóstico desarrolladas a partir del cuerpo masculino también son un problema en otras disciplinas médicas, incluso en aquellas en las que las mujeres corren más riesgo. Las mujeres presentan un riesgo más alto que los hombres de contraer cáncer de colon del lado derecho, que a menudo se desarrolla de manera más agresiva, pero la prueba de sangre fecal que se usa comúnmente para detectarlo es menos sensible en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, como las mujeres suelen tener el colon más largo y más estrecho que los hombres, sus colonoscopias pueden ser incompletas. Luego está lo que la OMS considera el «error frecuente» de subestimar síntomas que solo pueden aparecer en un sexo, como el sangrado vaginal durante el dengue. Cuando se enumeran los síntomas comunes a todos los pacientes por orden de frecuencia en lugar de desglosados por sexo, los síntomas específicos de la mujer pueden parecer menos significativos de lo que son en realidad.

El impacto de tales brechas de datos puede agravarse. Cuando se trata de la tuberculosis (TB), por ejemplo, el hecho de no tener en cuenta cómo los papeles sociales de las mujeres pueden contribuir a que el riesgo sea mayor para ellas se combina con que no se recopilan datos desagregados por sexo, lo que se traduce en consecuencias potencialmente mortales. Los hombres son más proclives a tener una tuberculosis latente, pero las mujeres suelen contraer la enfermedad activa. Los estudios también indican que, en los países en desarrollo, las mujeres que cocinan en salas mal ventiladas con combustibles de biomasa (como hemos visto, esto significa millones de mujeres) tienen el sistema inmunológico dañado, lo que disminuye su capacidad para combatir las bacterias. El resultado es que la tuberculosis mata, en todo el mundo, a más mujeres que cualquier otra enfermedad infecciosa. Cada año mueren más mujeres de tuberculosis que de todas las demás causas de mortalidad materna juntas. Sin embargo, la tuberculosis se considera a menudo una «enfermedad masculina» y, como resultado, las mujeres tienen menos probabilidades de que las examinen para ver si la padecen.

Incluso cuando las examinan, tienen menos probabilidades de que les diagnostiquen la enfermedad. Las mujeres pueden tener una respuesta inmunitaria diferente a la tuberculosis, lo que resulta en otros síntomas, y un estudio sobre por qué a las mujeres se las diagnostica erróneamente reveló que las lesiones pulmonares de la tuberculosis podían presentarse de manera menos grave en ellas. También hay evidencia de diferencias entre los sexos en la sensibilidad de las pruebas de detección que suelen utilizarse. El método habitual para detectar la tuberculosis en entornos de recursos limitados es hacer que los pacientes expectoren y examinar el esputo al microscopio. Pero las mujeres con tuberculosis tienen menos probabilidades de expulsar esputo al toser, e incluso cuando lo expulsan, su esputo es menos proclive a dar positivo. La prueba del esputo también es problemática por razones sociales: un estudio realizado en Pakistán informó de que a las mujeres les avergonzaba expulsar el moco necesario para el examen, y como los trabajadores sanitarios no les explicaban para qué lo necesitaban, no lo hacían.

Otro problema generalizado de los esfuerzos preventivos es que la profesión médica no tiene en cuenta las pautas de socialización de las mujeres. La recomendación tradicional de usar

condones para evitar la infección de VIH simplemente no es viable para muchas mujeres que carecen del poder social para insistir en su uso. Esto también se aplica al ébola, que puede estar presente en el semen hasta seis meses. Y el gel que se ha desarrollado para abordar este problema no contempla la práctica del «sexo seco» en ciertas partes del África subsahariana. Un gel que actúa también como lubricante no será aceptable en aquellos lugares donde las mujeres se secan la vagina con hierbas para indicar que son castas.

No tener en cuenta las pautas de socialización femenina también puede llevar a las mujeres a vivir durante décadas con trastornos de conducta no diagnosticados. Durante años hemos pensado que el autismo es cuatro veces más común en los niños que en las niñas, y que cuando afecta a las niñas es más severo. Pero las nuevas investigaciones sugieren que, en realidad, las pautas de socialización femenina pueden contribuir a que las niñas enmascaren sus síntomas mejor que los niños, y que hay muchas más niñas que viven con autismo de lo que nos hemos creído. Este fracaso histórico se debe en parte a que los criterios para diagnosticar el autismo se han basado en datos «obtenidos casi en su totalidad» de estudios realizados en niños, como señala un estudio maltés de 2016 que concluía afirmando que una causa importante de los diagnósticos erróneos en las niñas es «un sesgo masculino general en los métodos de diagnóstico y las expectativas clínicas». También está surgiendo evidencia de que algunas niñas con anorexia podrían estar sufriendo en realidad de autismo, pero como no es un síntoma masculino típico se ha pasado por alto. Sarah Wild, directora de Limpsfield Grange, la única escuela residencial estatal del Reino Unido para niñas con necesidades especiales, dijo a *The Guardian* que «las listas de verificación de diagnóstico y las pruebas se han hecho para niños y hombres, mientras que en las niñas y las mujeres se presenta de un modo completamente diferente». Por otra parte, en un borrador recién publicado de la nueva guía del NHS sobre el autismo no se mencionan las diferentes necesidades de las mujeres.

Existen problemas de diagnóstico similares cuando se trata del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y del síndrome de Asperger. Una encuesta realizada en 2012 por la National Autistic Society del Reino Unido constató que solo el 8 % de las niñas con síndrome de Asperger obtuvieron su diagnóstico antes de los seis años, frente al 25 % de los niños; a la edad

de once años, las cifras eran del 21 y el 52 %, respectivamente. Se calcula que hasta tres cuartas partes de las niñas con TDAH no están diagnosticadas, una brecha que la doctora Ellen Littman, autora de *Understanding Girls with TDAH*, atribuye a los primeros estudios clínicos de TDAH que se realizaron en «niños blancos realmente hiperactivos». Las niñas tienden a presentarse como menos hiperactivas y más desorganizadas, dispersas e introvertidas.

En términos más generales, los investigadores sugieren que como a las mujeres se les enseña a «tomar turnos en una conversación, restar importancia a su propio estado y adoptar actitudes que transmiten más accesibilidad y afabilidad», el modelo de visita médica tradicional puede no tener éxito al intentar obtener de ellas la información necesaria para diagnosticarlas de manera efectiva. Pero a veces —a menudo— las mujeres sí que proporcionan la información. El problema es que no se las cree.

El sitio web de noticias estadounidense ThinkProgress contó la historia de Kathy, cuyos periodos abundantes hacían que se sintiera tan débil que no podía soportarlo. Pero a la hora de obtener un diagnóstico, Kathy se enfrentó con el mismo problema que Michelle en el capítulo anterior. Cuatro profesionales médicos distintos pensaron que estaba en su cabeza, que «simplemente luchaba contra la ansiedad y quizá incluso tenía un grave trastorno de salud mental». El médico de cabecera llegó a decirle en más de una ocasión: «Todos tus síntomas están en tu imaginación».

Pero no estaban en su imaginación. De hecho, Kathy resultó tener «fibromas uterinos potencialmente mortales que requerían una intervención quirúrgica», algo que solo se descubrió después de que ella exigiera que le hicieran una prueba mediante ultrasonidos. No estaba ansiosa (aunque después de nueve meses de oírse que estaba loca, nadie podría culparla), sino anémica. A Rachael también le dijeron que era cosa de su imaginación. Llevaba diez años intentando controlar el dolor severo y los periodos menstruales abundantes con la píldora cuando se desplomó en un concierto. El hospital la mandó a casa con analgésicos y un diagnóstico de estrés. La siguiente vez que se desplomó, el hospital la ingresó en la sala de gastroenterología. «Estuve allí seis noches con un gotero. En la cama de delante había una mujer que se moría de cáncer intestinal. Fue horrible». Los médicos sospechaban que tenía

cálculos renales, por lo que le realizaron varias pruebas del sistema urinario. Todos salieron negativos. También le hicieron sus análisis de sangre. Y cuantas más pruebas daban negativo, más consciente era Rachael del cambio en la forma en que la trataban. «Empecé a tener la impresión de que no me creían, que pensaban que todo estaba en mi cabeza». Finalmente, un especialista meneó la cabeza cuando Rachael le explicó cuánto le dolía y este dijo: «Tenemos que mandarte a casa. No tienes nada».

Pero sí tenía algo. A Rachael al fin se le diagnosticó endometriosis, una enfermedad por la que el tejido de la matriz crece en otras partes del cuerpo, causando un dolor extremo y, a veces, infertilidad. Se tarda en diagnosticar un promedio de ocho años en el Reino Unido y de diez años en Estados Unidos, y actualmente no tiene cura. Y aunque se cree que la enfermedad afecta a una de cada diez mujeres (ciento setenta y seis millones en todo el mundo), hubo que esperar hasta 2017 para que el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención de Inglaterra publicara sus primeros consejos a los médicos para tratarla. ¿La recomendación principal? «Escuchar a las mujeres».

Puede que sea más fácil decirlo que hacerlo, porque no escuchar las expresiones femeninas de dolor es una actitud muy arraigada que comienza temprano. En un estudio que la Universidad de Sussex realizó en 2016, hicieron escuchar a los padres (veinticinco padres y veintisiete madres) de unos bebés de tres meses una serie de llantos. Descubrieron que, aunque los llantos de los bebés no se distinguen por el sexo (las diferencias de tono basadas en el sexo no se producen hasta la pubertad), los llantos graves se percibían como masculinos y los más agudos, como femeninos. También observaron que si decían a los padres (varones) que un llanto de tono bajo pertenecía a un varón, a estos les parecía que el bebé estaba más incómodo que cuando le decían que el llanto era femenino.

En lugar de creer a las mujeres cuando dicen que tienen dolor, tendemos a etiquetarlas de locas. ¿Y quién puede culparnos? *Bitches be crazy*, como es sabido que dijo Platón. Las mujeres son histéricas (*hystera* es «matriz» en griego), locas (si me dieran una libra por cada vez que un hombre cuestiona mi cordura en respuesta a algo que digo vagamente feminista en Twitter, podría dejar de trabajar de por vida), irracionales y excesivamente emocionales. El tropo de la

«exnovia loca» es tan común que lo han satirizado Taylor Swift en su exitosa canción *Blank Space* y Rachel Bloom en toda una serie de Netflix sobre una *Crazy Ex-Girlfriend*. Las mujeres son un «misterio», afirmó el renombrado físico Stephen Hawking, mientras que Freud, que se hizo rico y famoso con sus diagnósticos de histeria femenina, señaló en una conferencia de 1933 que «el enigma de la feminidad ha hecho cavilar a los hombres de todos los tiempos».

La tenacidad de este enigma femenino no ha quedado impune. Mujeres que a menudo no habían hecho más que manifestar comportamientos que quedaban fuera de los límites femeninos (como tener libido) permanecían encerradas durante años en manicomios. Les practicaban histerectomías y clitoridectomías. Las encerraban hasta por tener una leve depresión posnatal: la abuela de una amiga mía se pasó la vida en un manicomio por lanzar un estropajo a su suegra. En al menos un libro de texto de psiquiatría de Estados Unidos que todavía se utilizaba en la década de los setenta se recomendaban las lobotomías para las mujeres en una relación de maltrato.

Este tratamiento tan inhumano que recibían las mujeres ha quedado evidentemente atrás. Ya no encerramos a las mujeres ni les practicamos cortes en el cerebro. En cambio, les damos fármacos: las mujeres tienen dos veces y media más probabilidades que los hombres de tomar antidepresivos. No es mi intención condenar los antidepresivos, que pueden cambiar la vida de las personas con problemas de salud mental. Sin embargo, vale la pena preguntarse por qué es mucho más probable que las mujeres los tomen, pues no se trata solo de que son más proclives a buscar ayuda. Un estudio sueco realizado en 2017 demostró, de hecho, que era más probable que los hombres notificaran síntomas de depresión. Entonces ¿por qué hay más mujeres que hombres que siguen un tratamiento de antidepresivos? ¿Son las mujeres simplemente más «débiles de mente»? ¿Afecta a nuestra salud mental vivir en un mundo en el que no acabamos de encajar? ¿O los antidepresivos son la nueva (y obviamente preferible) lobotomía para las mujeres que sufren traumas? Freud creyó en un principio que la histeria podía estar relacionada con experiencias de abuso sexual en la infancia. Más tarde se retractó de esa teoría, ya que habría implicado a demasiados hombres para ser, en su opinión, creíble. Pero una investigación reciente sugiere que el abuso podría estar vinculado a ciertos tipos de

dolor que experimentan las mujeres, y después del escándalo mundial del #MeToo tal vez no sea tan inverosímil, después de todo.

La respuesta a estas preguntas está más allá del alcance de este libro. Pero una posible explicación para al menos parte de esta disparidad es que a las mujeres se les recetan antidepresivos cuando en realidad no están deprimidas. El dolor físico de las mujeres tiene muchas más posibilidades de ser descartado como «emocional» o «psicosomático». El estudio sueco que constató que los hombres son más proclives a notificar síntomas de depresión también reveló que las mujeres que no han informado de tales síntomas tienen el doble de probabilidades que los hombres de recibir antidepresivos. Esto concuerda con los estudios de los años ochenta y noventa que mostraron que, ante un episodio de dolor, a los hombres se les solía recetar analgésicos mientras que las mujeres tenían más probabilidades de recibir sedantes o antidepresivos. Por otra parte, según un estudio de 2014 que requería que los profesionales de la salud recomendaran tratamientos para pacientes hipotéticos con dolor en la parte inferior de la espalda, las mujeres eran significativamente más proclives que los hombres a recibir antidepresivos.

Parece que el síndrome de Yentl podría volver a tener algo que ver con ello: es sorprendente que muchas de las experiencias que cuentan las mujeres sobre el dolor no diagnosticado y no tratado resulten tener causas físicas que o bien son enfermedades exclusivamente femeninas, o bien son más comunes en las mujeres que en los hombres. Las mujeres son casi dos veces más proclives que los hombres a padecer el síndrome del intestino irritable y tres veces más a sufrir migrañas (un trastorno del que sabemos muy poco, a pesar de ser crónico y a menudo profundamente debilitante, y de afectar a treinta y siete millones de estadounidenses, y a una de cada ocho personas en el Reino Unido). De hecho, muchos trastornos de dolor clínico son más frecuentes en mujeres que en hombres, y varios estudios realizados en las últimas décadas han demostrado que las mujeres son más sensibles al dolor (lo que arroja una luz particularmente cruel sobre el descubrimiento de que las mujeres tienen menos probabilidades de recibir analgésicos).

Asimismo, existen cada vez más indicios de que los hombres y las mujeres pueden experimentar el dolor de manera diferente. La sensibilidad al dolor de una mujer aumenta y disminuye a lo largo de su ciclo menstrual, pues «la piel, el tejido subcutáneo y los músculos» se ven «afectados de otro modo por las fluctuaciones hormonales femeninas». Un estudio realizado en animales que demostró que los machos y las hembras utilizan distintos tipos de inmunocitos para enviar señales de dolor podría marcar el principio de una respuesta sobre el porqué, aunque solo sería el comienzo: las diferencias de sexo en lo que se refiere al dolor siguen siendo un área poco investigada e incluso lo que se sabe no está muy divulgado. La doctora Beverly Collett, quien hasta que se jubiló en 2015 fue consultora en el servicio de control del dolor de Leicester y presidenta de la Coalición de Políticas para el Dolor Crónico, declaró para *The Independent* que el médico de cabecera medio «no tiene idea de que medicamentos como el paracetamol y la morfina actúan de manera diferente en las mujeres».

(...)

Un efecto secundario particularmente preocupante del síndrome de Yentl es que cuando se trata de problemas médicos que afectan sobre todo o exclusivamente a las mujeres, uno puede olvidarse de incluir a las féminas en los ensayos, porque la investigación a menudo es totalmente inexistente. El síndrome premenstrual (PMS, por sus siglas en inglés) es una colección de síntomas entre los que encontramos los cambios de humor, ansiedad, sensibilidad en los senos, hinchazón, acné, dolores de cabeza, dolor de estómago y problemas para dormir. El síndrome premenstrual afecta al 90 % de las mujeres, pero se ha estudiado insuficientemente de manera crónica: un análisis de la investigación llevada a cabo concluyó que hay cinco veces más estudios sobre la disfunción eréctil que sobre el síndrome premenstrual. Sin embargo, aunque existe un surtido de medicamentos para tratar la disfunción eréctil, hay muy poca oferta para el PMS, hasta el punto de que más del cuarenta por ciento de las mujeres que lo padecen no responden a los tratamientos actualmente disponibles. A las pacientes todavía se las trata a veces con histerectomías; en casos extremos, las mujeres han intentado suicidarse. Pero aún se están rechazando becas de investigación arguyendo que «el PMS en realidad no existe».

El dolor menstrual —la dismenorrea— afecta de manera similar hasta el noventa por ciento de las mujeres, y, según la Academia de Médicos de Familia de Estados Unidos, repercute en la vida diaria de aproximadamente una de cada cinco mujeres^[977]. Se ha descrito el nivel de dolor que experimentan las mujeres mensualmente como «casi tan malo como un ataque al corazón». Pero a pesar de lo común que es y de lo intenso que puede ser el dolor, es muy poco lo que los médicos pueden hacer para aliviarlo. En 2007 se presentó una insólita solicitud de beca para la investigación de la dismenorrea primaria que describía sus causas como «poco comprendidas» y las opciones de tratamiento como «limitadas». Los medicamentos recetados disponibles tienen posibles efectos secundarios graves y no son de ningún modo universalmente eficaces.

Cuando acudí al médico por el dolor menstrual que me despierta por la noche y me deja gimiendo en posición fetal durante el día, él poco menos que me echó de la consulta riéndose. No me he molestado en ir de nuevo. Así que cabe imaginar mi alegría cuando leí sobre un estudio de 2013 que parecía haber encontrado una cura. El «resultado primario» de un ensayo doble ciego, aleatorizado y controlado de citrato de sildenafil fue (prepárense, señoras) «alivio total del dolor durante cuatro horas consecutivas», sin «efectos adversos observados». Nada menos.

Creado en 1989, el citrato de sildenafil es el nombre médico de la Viagra. A principios de la década de los noventa se estaba probando como medicamento para la enfermedad cardíaca^[981]. Resultó no ser muy efectivo como tal, pero los participantes de los ensayos informaron de un aumento en sus erecciones (sí, todos los participantes eran hombres). La disfunción eréctil total afecta a entre el 5 y el 15 % de los hombres, dependiendo de la edad, y aproximadamente el cuarenta por ciento lo experimentan en alguna medida, por lo que los investigadores quisieron explorar, como es lógico, ese uso alternativo de su medicamento. Hacia 1996, el citrato de sildenafil se había patentado en Estados Unidos y en marzo de 1998 la FDA lo aprobó. Un desenlace feliz para los hombres. Pero ¿y si hubieran participado mujeres en el ensayo? El resultado del estudio de 2013 da que pensar. El ensayo se detuvo por falta de fondos, lo que significa que los investigadores no cumplieron con el tamaño

de su muestra y, por lo tanto, no pudieron confirmar la hipótesis principal. Pidieron «estudios más extensos de mayor duración, probablemente multicéntricos», para confirmar sus hallazgos.

Estos estudios nunca se han realizado. El doctor Richard Legro, que encabezó el estudio, me comentó que había solicitado dos veces financiamiento al NIH para «realizar un estudio más extenso y también para comparar el sildenafil con el tratamiento clásico, un agente antiinflamatorio no esteroideo». Se lo denegaron en ambas ocasiones. En cada caso se consideró que la subvención «se hallaba en la mitad inferior de las subvenciones presentadas». Ni siquiera se revisó. Legro dice que los comentarios que recibió «indicaban que los revisores no consideraban la dismenorrea un problema prioritario para la salud pública». Tampoco «entendieron bien el diseño de los ensayos clínicos de la dismenorrea». Cuando le pregunto si cree que algún día obtendrá financiamiento, él responde: «No. A los hombres no les importa ni entienden la dismenorrea». ¡Que me den un grupo de revisión compuesto solo de mujeres!

La incapacidad de las compañías farmacéuticas para intervenir aquí y capitalizar lo que seguramente es una oportunidad comercial de oro puede parecer desconcertante, pero posiblemente sea solo otro problema de falta de datos. En un correo electrónico, Legro me señaló que, por razones de costes, la industria farmacéutica «no suele financiar proyectos impulsados por investigadores», en particular de medicamentos que están disponibles de forma genérica. Y aquí entra la brecha de datos: simplemente no se llevan a cabo muchas investigaciones sobre la dismenorrea, lo que dificulta que las compañías farmacéuticas sepan exactamente cuánto dinero podría ganarse con un medicamento de este tipo y se decidan a financiar los ensayos. Sobre todo si las personas que toman las decisiones no son mujeres. Legro también señaló que las compañías farmacéuticas tal vez no querían arriesgarse a hacer ensayos con mujeres por si los resultados eran negativos y ponían en peligro el uso del sildenafil en los hombres. En resumen, parece que las compañías farmacéuticas pueden, de hecho, *no* ver esto como una oportunidad comercial de oro. Y así las mujeres siguen quedándose incapacitadas por el dolor cada mes.

Los grupos de financiamiento dominados por hombres también pueden explicar por qué hay tan pocos medicamentos para la insuficiencia uterina en el mercado. Cada día mueren ochocientas treinta mujeres en todo el mundo debido a complicaciones durante el embarazo y el parto (en algunos países africanos, cada año mueren más mujeres de parto que en el punto álgido de la epidemia de ébola). Más de la mitad de estas muertes son causadas por problemas con las contracciones, a menudo porque estas no son lo bastante intensas para que la mujer dé a luz. El único tratamiento médico disponible para las contracciones débiles es la hormona oxitocina, que funciona aproximadamente la mitad de las veces. Las mujeres a las que les funciona dan a luz por vía vaginal, pero a las que no responden a la oxitocina se les practica una cesárea de emergencia. La mayoría de las cien mil cesáreas de emergencia que se realizan cada año en el Reino Unido se deben a que las contracciones son demasiado débiles.

Hoy en día no tenemos forma de saber qué mujeres responderán a la oxitocina, lo que evidentemente no es lo ideal: todas las mujeres, incluso aquellas para las que supondrá un retraso inútil y desgarrador, tienen que pasar por ello. Es lo que le sucedió a una amiga mía en 2017. Después de haber estado hospitalizada con un dolor insoportable durante dos días (sola durante la mayor parte del tiempo porque mandaron a casa a su pareja), solo había dilatado cuatro centímetros. Al final le hicieron una cesárea y todo salió bien. Pero la experiencia la dejó traumatizada. Tuvo *flashbacks* durante las primeras semanas después de dar a luz. Cuando habla de los exámenes y procedimientos internos los describe como un ataque violento. Fue brutal, dice. Pero ¿y si no tuviera que ser así? ¿Y si hubieran sabido desde el principio que iba a ser necesario hacerle una cesárea?

En 2016, Susan Wray, profesora de fisiología celular y molecular en la Universidad de Liverpool, impartió una conferencia en la Sociedad Fisiológica. Wray también es directora del centro Better Births del Hospital de Mujeres de Liverpool y explicó que una investigación reciente había revelado que las mujeres con contracciones demasiado débiles para dar a luz tenían más ácido en su sangre miometrial (la sangre en la parte del útero que causa las contracciones). Cuanto más altos eran los niveles de ácido, mayor era la probabilidad de que una mujer

acabara necesitando una cesárea, porque parece ser que la oxitocina no es tan efectiva en las mujeres con un pH ácido en la sangre.

Pero Wray no quería únicamente predecir la necesidad de una cesárea. Quería ser capaz de evitarla. Junto con su colega investigadora Eva Wiberg-Itzel, Wray realizó un ensayo aleatorizado y comparativo en mujeres con contracciones débiles. A la mitad de ellas se les administró la oxitocina habitual; a la otra mitad se les administró bicarbonato de sodio y una hora más tarde la dosis habitual de oxitocina. El cambio fue radical: el 67 % de las mujeres a las que se les administró solo oxitocina dieron a luz por vía vaginal, pero la cifra aumentó al 84 % si se les había administrado bicarbonato de sodio una hora antes. Como señaló Wray, la dosis de bicarbonato no se adaptó al peso corporal ni a la cantidad de ácido en la sangre, y las mujeres solo recibieron una dosis. Así que la eficacia podría llegar a ser incluso mayor.

Este hallazgo puede ser transformador no solo para las decenas de miles de mujeres que se someten a una cirugía innecesaria cada año (por no hablar de un ahorro sustancial para el NHS). Podría salvar la vida de las mujeres en países donde las cesáreas suponen un riesgo o es más complicado realizarlas; aunque no hay que vivir en un país con pocos recursos para que una cesárea sea arriesgada; simplemente, podría ser una mujer negra que vive en Estados Unidos.

Estados Unidos tiene la tasa de mortalidad maternal más elevada del mundo desarrollado, pero el problema es especialmente grave entre las afroamericanas. La Organización Mundial de la Salud ha calculado que el índice de mortalidad de las madres primerizas y embarazadas negras en Estados Unidos coincide con el de los países con menos recursos, como México y Uzbekistán. Las mujeres estadounidenses negras tienen peor salud en general que las blancas, pero cuando se trata del embarazo y del cuidado de los hijos las comparaciones se salen de las gráficas: las mujeres afroamericanas tienen un 243 % más de probabilidades que las blancas de morir por alguna causa relacionada con el embarazo y el parto. Y no solo se debe a que tienden a ser más pobres: un análisis de los partos en la ciudad de Nueva York en 2016 reveló que «las madres negras con estudios universitarios que parían en hospitales de barrio tenían más probabilidades de sufrir severas complicaciones en el embarazo o el parto que las blancas que

no habían acabado el instituto». Ni Serena Williams, la superestrella del tenis mundial, es inmune: en febrero de 2018 confesó que estuvo a punto de fallecer después de que le practicaran una cesárea de urgencia. Las mujeres afroamericanas también presentan índices más altos de cesáreas y, según un estudio realizado en 2015 en Connecticut, tienen más del doble de probabilidades de regresar al médico al cabo de un mes de una cirugía aun cuando se tiene en cuenta la posición socioeconómica. De modo que la investigación de Wray podría ser transformadora.

Pero parece que tardaremos en ver los frutos de su trabajo. Cuando Wray se enteró de que el Consejo de Investigación Médica británico ofrecía financiación para llevar a cabo una investigación que beneficiaría a los países de ingresos bajos y medios, decidió solicitarla. Y, sin embargo, pese a todos los datos sobre lo peligrosas que pueden ser las contracciones, se la denegaron. El objeto de la investigación no era «lo bastante prioritario». De modo que actualmente tenemos un solo tratamiento para las mujeres con contracciones débiles, que la mitad de las veces no surte efecto. Compárese, dice Wray, con los cerca de cincuenta fármacos para la insuficiencia cardíaca que existen.

Las pruebas de que la medicina como institución está fallando a las mujeres son abrumadoras. Se están rechazando, cuestionando o ignorando los cuerpos, los síntomas y las enfermedades de la mitad de la población mundial. Y todo es consecuencia de una brecha de datos a la que se suma la creencia todavía predominante, frente a todas las pruebas existentes, de que los hombres son el ser humano por defecto. No lo son. Solo son hombres, para señalar lo obvio. Y los datos recopilados sobre ellos no se pueden ni se deben aplicar a las mujeres. Urge una revolución en la investigación y la práctica de la medicina. Urge formar a los médicos para que escuchen a las mujeres y reconozcan que su incapacidad para diagnosticarlas tal vez no es porque ellas mienten o están histéricas; el problema puede ser la ausencia de datos de género en sus conocimientos. Es hora de dejar de rechazar a las mujeres y empezar a salvarlas.