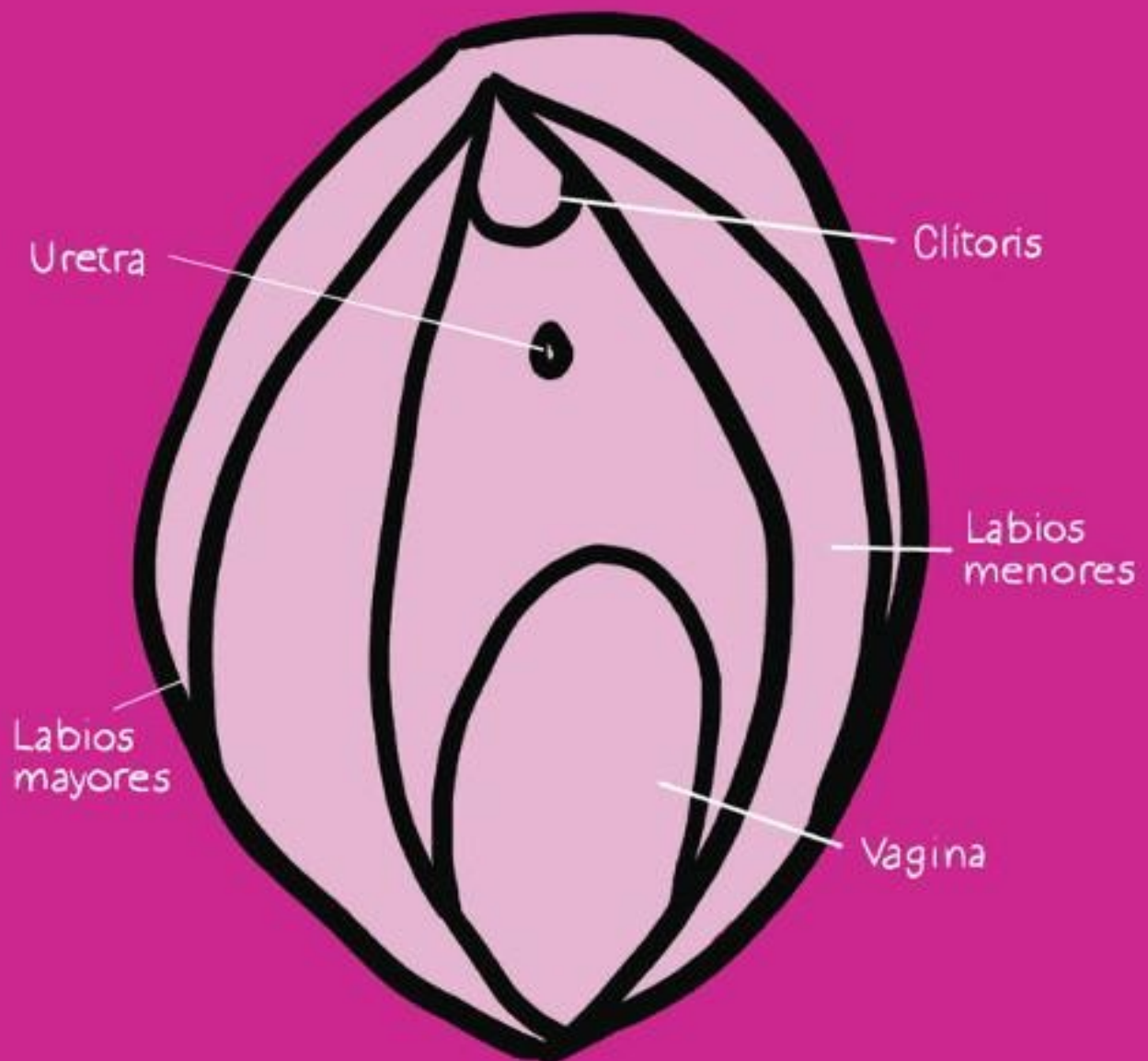


Nina Brochmann



Ellen Støkken Dahl

EL LIBRO DE LA VAGINA



Todo lo que necesitas saber y
nunca te has atrevido a preguntar

Lectulandia

Aunque los órganos sexuales no sean, precisamente, un nuevo descubrimiento, hay una increíble cantidad de cosas que las mujeres no conocen sobre su propio cuerpo. ¿Por qué a tantas mujeres les duele la regla? ¿Existe la membrana de la virginidad? ¿Cuál es la razón por la que a algunas mujeres les cuesta tener orgasmos? ¿Hasta cuándo esperar para tener hijos? Combinando conocimientos generales de medicina con investigaciones científicas recientes, *El libro de la vagina* trata, pedagógicamente, todo lo relacionado con el aparato genital femenino.

Lectulandia

AA. VV.

El libro de la vagina

Todo lo que necesitas saber y nunca te has atrevido a preguntar

ePub r1.0

Titivillus 24.11.2018

Título original: *Gleden med skjeden*

AA. VV., 2017

Traducción: AA. VV.

Ilustraciones: Hanne Sigbjørnsen

Editor digital: Titivillus

ePub base r2.0

más libros en lectulandia.com

Índice de contenido

Cubierta

El libro de la vagina

Prólogo

El aparato genital femenino

La vulva: lo que hay por fuera

El placer de tener vagina

El clítoris: un iceberg

Virginidad sangrienta

El segundo orificio

Consejos peludos

Los órganos genitales internos: los tesoros ocultos

Género, género y género

El flujo vaginal, la regla y otras porquerías

La ducha vaginal y el olor a almeja

La regla: cómo sangrar sin morir

¡No menstrúes en el sofá! Sobre compresas, tampones y copas menstruales

El SPM: el síndrome de pesar y martirio

La rueda eterna: las hormonas y el ciclo menstrual

¿Cuándo es posible quedarse embarazada?

El sexo

La primera vez

El sexo anal

Una vida sexual completamente normal

La libido que desapareció

La gran O

La biblia del orgasmo

Los anticonceptivos

Anticonceptivos hormonales

Anticonceptivos sin hormonas

Anticonceptivos de emergencia: cuando cunde el pánico

¿Algunos anticonceptivos son mejores que otros?

La regla con anticonceptivos hormonales

Cómo saltarse la regla

Cómo usar la píldora anticonceptiva de la mejor forma posible

Anticonceptivos hormonales: entonces ¿no son peligrosos?

Efectos secundarios frecuentes de los anticonceptivos hormonales

Efectos secundarios raros

Lo que no sabemos con seguridad

¿Es hora de desintoxicarse de las hormonas?

Una apología de los anticonceptivos hormonales

Guía anticonceptiva

El aborto

Problemas en los bajos

Trastornos menstruales: cuando la regla va a su bola

Endometriosis: un sangriento viaje chárter

Miomas: un útero con pelotas

Vulva dolorida: dolores inexplicables en los genitales femeninos

La clamidia, la gonorrea y sus parientes lejanos

El herpes: ¿está acabada tu vida sexual?

Picor intenso y olor a pescado podrido: algunas molestias genitales con las que seguramente te encontrarás

Cuando duele al hacer pis

Gota, gota, gota: todo sobre las pérdidas de orina

Hemorroides y colgajos cutáneos perianales

El cáncer de cuello uterino y cómo evitarlo

El aborto espontáneo: de facebook a la realidad

El tiempo corre: ¿hasta cuándo puedes posponer la maternidad?

La mutilación genital

«La tiranía del sexo»: sobre por qué sometemos la vulva al bisturí

Epílogo

Bibliografía

Sobre las autoras

Prólogo

A principios del 2015 iniciamos el blog *Underlivet*, que en español sería algo así como «los bajos». Las dos tuvimos nuestras dudas sobre la necesidad de que se publicaran en los medios de comunicación más textos sobre la salud sexual, el cuerpo femenino y el sexo. Para bien y para mal, tenemos acceso a más información sobre sexo que nunca antes en la historia. Internet está a disposición de niños y jóvenes, que lo usan desde edades muy tempranas. Es fácil acudir al doctor Google para cualquier duda. Además ¿la gente no posee buenos conocimientos sobre la materia debido a la educación sexual impartida en la escuela?

También nos sentíamos indecisas acerca de cómo presentarlo. ¿Otra columna sobre sexo? ¿Un par de estudiantes ingenuas que le cuenten a todo quisqui que están sanas y son normales?

La semana que lanzamos el blog, nos llamamos gritando de alegría porque lo habían visitado 700 personas. Seguramente la mayoría eran amigos y parientes. Hoy, casi dos años más tarde, podemos afirmar que había una necesidad por cubrir. Hemos recibido un sinnúmero de reacciones agradables de conocidos y desconocidos, y nuestras entradas se han leído más de 1,4 millones de veces.

Lo que durante mucho tiempo creímos que sería un blog para adolescentes ha resultado tener mayor alcance. A diario nos llegan un montón de preguntas de personas de ambos sexos y de todas las edades. La mayoría tiene que ver con cuestiones muy elementales que suponíamos incluidas en el temario de educación sexual de la secundaria. En otros casos es evidente que los lectores necesitan ante todo una confirmación de que sus experiencias son «normales» y de que dan la talla. Por desgracia, en esta categoría las mujeres son mayoría.

Este libro os lo dedicamos a vosotras. A todas las mujeres que os sentís inseguras sobre si funcionáis como es debido, si tenéis el aspecto que debéis tener y si sentís lo que debéis sentir. Esperamos que el libro os proporcione la confianza que necesitáis. También os lo dedicamos a las que os sentís satisfechas y orgullosas pero queréis aprender más sobre el increíble órgano que tenéis entre las piernas. Los bajos son fascinantes y, en nuestra opinión, la clave de una buena salud sexual reside, en gran medida, en saber cómo funciona nuestro cuerpo.

En el otoño del 2016 leímos artículos sobre proyectos de integración estudiantil altamente sexualizados en los institutos noruegos^[1]. Debido a la despiadada presión social para encajar y ser guay, chicas de 16 años se sentían obligadas a traspasar sus propios límites sexuales, en algunos casos de forma tan grave que nos costaba creer lo que leíamos. Es espeluznante que muchachos de 18 años consideren correcto aprovecharse de su estatus social para obligar a chicas de primero a practicar felaciones a diez chicos seguidos. Como se señalaba en el periódico VG, se trata de

una cultura en la que «la línea entre el sexo voluntario y el abuso se ha vuelto peligrosamente delgada»^[2]. En los últimos años hemos observado una creciente sexualización de la cultura juvenil y, sobre todo, de las chicas. No es fácil crecer en un entorno así. Por desgracia, para muchos crecer implica vivir experiencias sexuales que más adelante tendrán graves repercusiones en su vida. Las cosas no deberían ser así.

Las decisiones que las mujeres toman respecto a su propio cuerpo y su sexualidad se encuadran en un contexto más amplio. Existen fuerzas culturales, religiosas y políticas que influirán en sus decisiones, tanto si se trata del uso de anticonceptivos, como del aborto, la identidad o la práctica sexual.

Deseamos que las mujeres tomen sus decisiones de manera independiente, con todos los datos sobre la mesa, basándose en el conocimiento médico y no en cotilleos, malentendidos y temores. Una sólida información sobre cómo funciona el cuerpo les permitirá tomar sus propias decisiones con confianza y seguridad. Es necesario desmitificar la sexualidad, y debemos tomar posesión de nuestro cuerpo. Esperamos ayudarte a que tengas la posibilidad de tomar decisiones sabias e informadas que te convengan a ti.

Quizá te preguntes: ¿por qué voy a ponerme a leer un libro de medicina escrito por dos estudiantes? ¡Si ni siquiera han acabado la carrera! Nos hemos hecho esa misma pregunta muchas veces. Todavía no somos médicas ni expertas. Hemos escrito este libro con una gran dosis de humildad.

La estudiante de medicina alemana Giulia Enders nos dio el coraje para hacerlo. Obtuvo un enorme éxito con el libro *La digestión es la cuestión* y contribuyó a que se pudiese hablar de intestinos y caca en programas de entrevistas emitidos en horarios de máxima audiencia. El título de este libro es nuestro homenaje a ella. Fue una pionera: nos mostró que la medicina puede ser comprensible y divertida y, sobre todo, que es posible hablar de las partes más íntimas del cuerpo sin sentir vergüenza.

Como estudiantes de medicina, contamos con una ventaja que nadie nos puede quitar: somos curiosas, somos jóvenes y nos atrevemos a formular preguntas «estúpidas», muchas veces porque nosotras también nos las planteamos, o porque nos las hacen nuestras amigas. No tenemos ninguna reputación profesional que esté en juego y (todavía) no hemos vivido tanto tiempo en el entorno médico como para habernos olvidado de hablar a la gente en su idioma. Esperamos que otros jóvenes compañeros también cumplan con su anhelo de escribir. ¡La educación popular mola!

Mientras trabajábamos en el libro descubrimos que teníamos concepciones erróneas en muchos temas. Nosotras también hemos sido víctimas de los mitos que rodean a los genitales femeninos. Porque abundan. Los referentes al himen, tal vez los más persistentes, siguen poniendo en peligro a chicas en todo el mundo. Sin embargo, pocos médicos se interesan por esta minúscula parte del cuerpo. Algunos incluso contribuyen a mantener el mito al examinar los genitales de las chicas a petición de los padres de estas. En nuestra búsqueda de respuestas, nos encontramos

con que eminencias en ginecología desestimaban nuestras preguntas por considerarlas poco importantes o carentes de interés, lo cual resulta incomprensible sabiendo las consecuencias que el himen puede tener para la vida de las mujeres. En este libro hemos intentado contar, como mejor hemos sabido, la verdad sobre la llamada «membrana de la virginidad», o himen, que es el término que preferimos usar.

Otro mito es que los anticonceptivos hormonales son antinaturales y peligrosos. Por culpa de esta patraña, miles de chicas se quedan embarazadas sin quererlo por haber elegido métodos anticonceptivos ineficaces. Entendemos que la gente esté confusa y tema los efectos secundarios, y estamos hartas de que algunos profesionales de los servicios sanitarios minimicen estas preocupaciones sin proporcionar explicaciones razonables. Por eso decidimos dedicar mucho espacio a los anticonceptivos. Estudiamos las investigaciones más destacadas sobre los posibles efectos secundarios, como los cambios de humor y la disminución del deseo sexual. Cuando existe incertidumbre, procuramos decirlo abiertamente, pero ante todo intentamos tranquilizar. Los efectos secundarios graves son muy poco frecuentes, y hay pocas pruebas de que la depresión y la disminución del deseo sexual afecten a un gran número de mujeres que usan anticonceptivos hormonales. Siempre hay excepciones, pero esperamos que después de leer el libro seas capaz de distinguir lo corriente de lo inusual.

Otros mitos no resultan directamente dañinos, pero evidencian que la investigación médica lleva demasiado tiempo en manos de hombres. Cuando las amigas se quejan de que nunca alcanzan un orgasmo vaginal, esto demuestra que las necesidades del hombre han teñido el conocimiento sobre la sexualidad femenina a lo largo de la historia. No existen los orgasmos vaginales, solo orgasmos que se desencadenan de diferentes formas, todos igual de maravillosos. Esperamos que las mujeres dejen de sentirse inferiores por necesitar un tipo de estimulación distinta de la penetración.

Estos son solo algunos de los muchos temas sobre los que puedes leer en *El libro de la vagina*. Esperamos que te apetezca acompañarnos en este viaje a través de los genitales femeninos, desde la vulva a los ovarios. Confiamos en que aprendas mucho, igual que hemos aprendido nosotras trabajando en este libro. Lo más importante para nosotras es que después de leerlo te sientas más tranquila. El cuerpo no es más que un cuerpo. Todos tenemos uno, y a lo largo de la vida nos proporcionará alegrías y nos planteará desafíos. Siéntete orgullosa de lo que tu cuerpo es capaz de hacer y sé paciente cuando está en apuros.

Por último, nos permitimos dar las gracias a algunas personas especiales. Marius Johansen, que es médico y un tío estupendo, ha realizado una labor extraordinaria para garantizar la calidad de la información médica del libro. Esperamos que esta no sea nuestra última colaboración. Otros profesionales fantásticos han contribuido con sus conocimientos especializados. Damos las gracias a Kjartan Moe, Trond Diseth, Kari Ormstad, Sveinung W. Sørbye, Jorun Thørring, Anne Lise Helgesen, Anders

Røyneberg, Eszter Vanky, Berit Austveg y Reidun Førde por las conversaciones, revisiones y comentarios. Asimismo, expresamos nuestra gratitud a los médicos de la facultad de medicina de la Universidad de Oslo que, sin saberlo, dieron respuesta a preguntas que no formulamos, ya fuese en las clases o en pacientes conversaciones durante las pausas. Hemos de subrayar que cualquier posible error del libro es responsabilidad nuestra.

También queremos dar las gracias a nuestros compañeros y excompañeros de Medisinernes Seksualopplysning en Oslo, del teléfono SUSS, de Sex og Samfunn y de la clínica Olafia, por crear ambientes educativos buenos y estimulantes. Además, les estamos muy agradecidas a los queridos amigos y compañeros que leyeron el texto, lo comentaron con nosotras y nos indicaron los fragmentos en que nos perdíamos en explicaciones incomprensibles. Queridas Thea Elnan, Kaja Voss, Emilie Nordskar y Karen Skadsheim: sin vosotras, el libro hubiese sido mucho peor y nuestras vidas serían mucho más aburridas.

Gracias a quienes leéis nuestro blog y nos habéis propuesto temas, nos habéis hecho preguntas inteligentes y nos habéis apoyado desde el primer día. Este libro es para vosotros. Gracias también a Bjørn Skomakerstuen, nuestro primer responsable del blog en Nettavisen, por protegernos y mostrarse tan positivo respecto a lo que escribíamos, que casi nos daba pudor.

Un agradecimiento muy especial a Nazneen Khan-Østrem, nuestra editora en Aschehoug. Has hecho un trabajo magnífico y nos has dado buenos consejos. Nos encanta discutirlo todo contigo, desde la regla hasta el punkrock. Tu respaldo nos ha dado confianza. Gracias a TegneHanne, Hanne Sigbjørnsen, que ha hecho las mejores ilustraciones que podíamos imaginar. Contar con una enfermera tan divertida en el equipo ha sido un regalo.

Por último, no podemos dejar de dar las gracias a nuestras respectivas familias.

De parte de Nina: La concepción de este libro casi coincidió con el nacimiento de mi hijo Mads. No habría sido posible sin Fredrik, el novio más paciente y cariñoso que podría desear. Eres un hombre de pies a cabeza. Mads, eres mi rayo de sol, y seguramente sentirás mucha vergüenza si algún día lees el libro de mamá. Intentaré no hablar demasiado de chichis a la hora de la cena. Mamá, papá y Helch: sois la familia más hermosa que una podría desear.

De parte de Ellen: Gracias a mamá, papá y Helge, la mejor familia del mundo, que han escuchado con paciencia mis largos monólogos, en ocasiones un tanto obstinados, sobre el himen, las afecciones de la vulva, el herpes y otros asuntos fangosos, a veces en lugares públicos e inapropiados. Gracias al abuelo, que nos comparaba con Karl Evang, el médico socialista que dirigió el servicio de salud noruego.

¡Os quiero a más no poder! Ante todo, quiero dar las gracias a Henning por muchas más razones de las que me apetece anotar.

¡Feliz lectura!

NINA y ELLEN

Oslo, 15 de noviembre del 2016

El aparato genital femenino

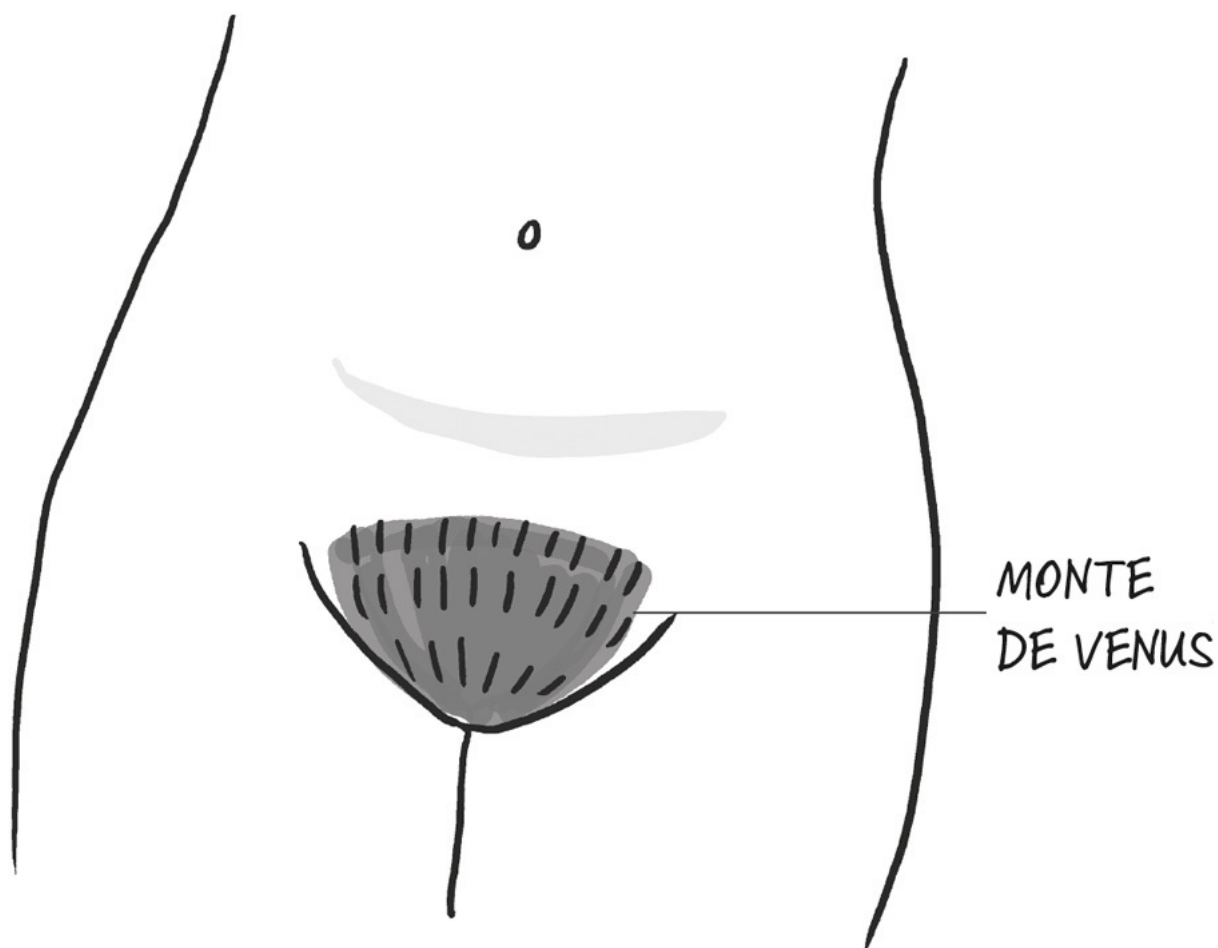
Los bajos tal vez sean la parte del cuerpo más íntima. Desde el momento en que nos abrimos paso al mundo a través de la vagina de nuestra madre y vemos la luz por primera vez, son nuestros compañeros inseparables. En la guardería comparábamos con gran regocijo las diferencias entre los genitales que son hacia fuera y los que son hacia dentro. Con la pubertad apareció el vello oscuro en la entrepierna. Todas recordamos nuestra primera regla, ya como un momento de orgullo o de terror. Tal vez empezases a masturbarte entonces y descubrieras que podías conseguir que tu cuerpo se retorciera de placer. Después llegó la primera relación sexual, con todo lo que conlleva de vulnerabilidad, curiosidad y goce. Tal vez hayas tenido hijos y hayas vivido los grandes cambios que experimentan los bajos, y los milagros que son capaces de hacer. Tus bajos son una parte de ti. Ha llegado la hora de conocerlos un poco mejor.



La vulva: lo que hay por fuera

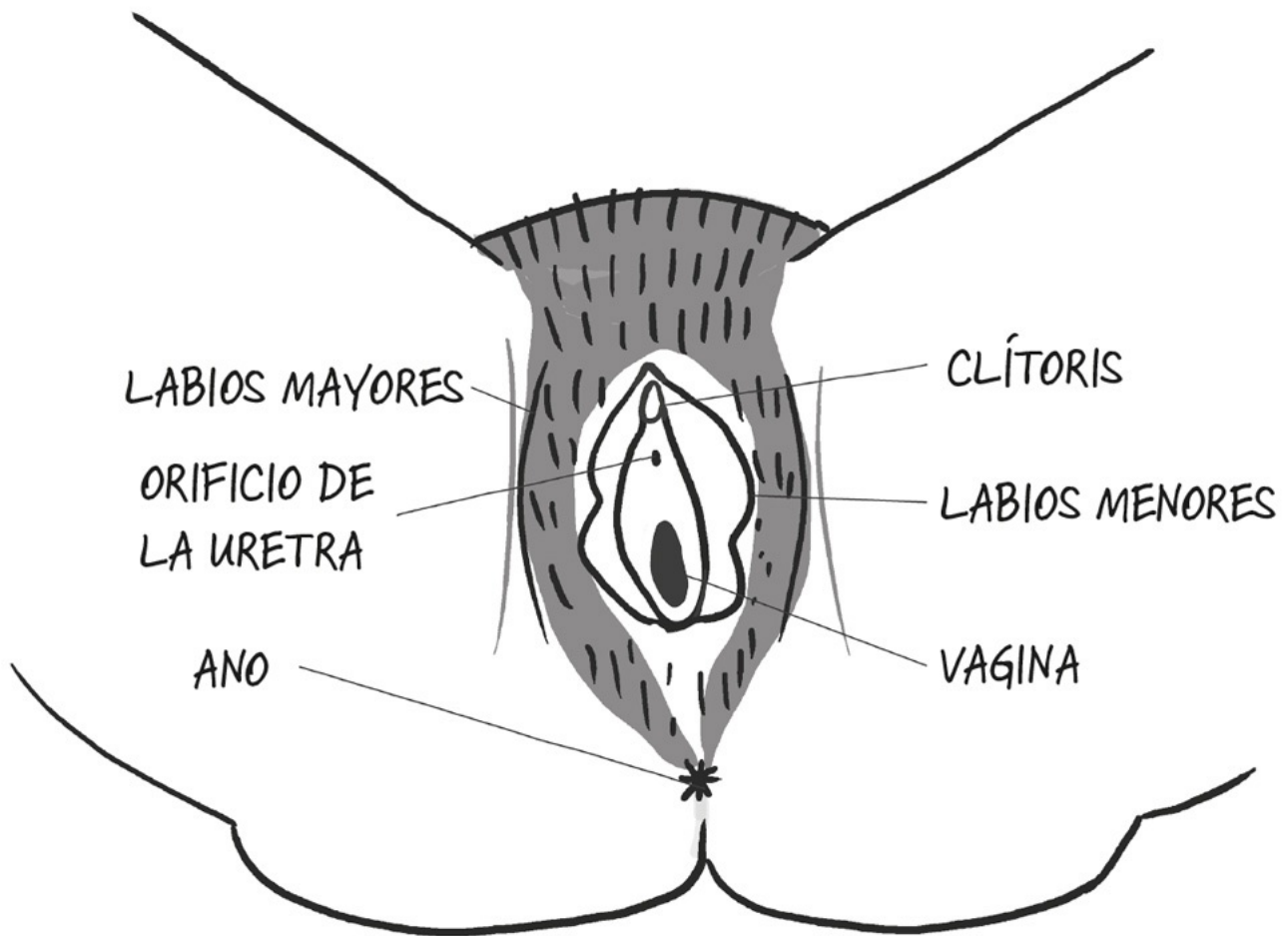
Desnúdate delante del espejo y examínate. El aparato genital comienza en la región inferior del vientre, con una zona rica en grasa que cubre la parte frontal de la pelvis. Esta suave zona se denomina «monte de Venus» y durante la pubertad se cubre de vello. Algunas mujeres tienen un mayor acolchado de tejido adiposo en el pubis, de modo que este sobresale un poco más del vientre, como una especie de bollito. Otras tienen un monte de Venus más plano, como una tortita. No discriminamos en lo que se refiere a apodosos estúpidos inspirados en la pastelería. Si tu mirada sigue bajando por el monte de Venus, llegarás a lo que denominamos «vulva», también conocida como «coño», «chocho», «chichi», «conejo», «almeja», etc. Tal vez «vulva» no sea la palabra más usada, pero, si eres mujer y te miras entre las piernas, lo que encuentras es una vulva.

Muchos creen que la parte visible de los órganos genitales femeninos se llama «vagina». Hay quien dice: «Me crece vello en la vagina» o «Qué vagina más bonita tienes», pero en realidad no es correcto. La vagina no tiene vello ni es fácil de ver, aunque está claro que es hermosa. «Vagina» es el nombre de un órgano genital, concretamente, del conducto muscular que empleas cuando practicas sexo con penetración o das a luz; es decir, el conducto que lleva al útero. La denominación más común en español es «vagina» y será la que usemos en el resto del libro. Nos interesa dejar clara la terminología porque los bajos son mucho más que la vagina, aunque ¡sin duda esta nos brinda mucho placer! La mayoría de quienes llaman «vagina» a los bajos femeninos quieren decir «vulva», y precisamente con la vulva empezaremos la descripción de los maravillosos órganos sexuales de la mujer.



La vulva está constituida como una flor con dos capas de pétalos. Lo creas o no, nosotras no hemos inventado la metáfora floral. Para estudiar las diferentes partes de la vulva, conviene empezar por la parte exterior e ir desplazándose hacia el interior.

La corola de pétalos o labios genitales tiene la función de proteger las partes sensibles del interior. Los labios mayores, más gruesos que los menores, están formados por tejido graso y funcionan como una especie de *airbag* o amortiguador. Pueden ser lo bastante largos para cubrir los menores, aunque también pueden ser muy pequeños. Algunas tienen tan solo dos pequeños montículos en la piel que enmarca la vulva a cada lado.



Los labios mayores están revestidos de piel corriente. Al igual que el resto de la piel del cuerpo, la de los labios mayores presenta glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos. Además de vello, que es una cosa buena, en los labios mayores pueden aparecer granos y erupciones, lo cual no es tan agradable. Por desgracia, la piel es piel.

A menudo los labios menores son más largos que los mayores, aunque no siempre. Pueden estar muy arrugados y tener muchos pliegues, como una falda de tul de una princesa. Cuando te contemples en el espejo, es muy posible que los labios menores sobresalgan bastante de los mayores. Otras tienen que separar los labios mayores para descubrirlos.

Al contrario de los labios genitales mayores, ricos en grasa, los menores son finos y muy sensibles. No son tan sensibles como el clítoris, la parte del cuerpo con mayor sensibilidad, pero están llenos de terminaciones nerviosas y, por lo tanto, tocarlos puede producir mucho placer.

Los labios menores no están cubiertos de piel corriente, sino de una membrana mucosa, al igual que, por ejemplo, el globo ocular y el interior de la boca. Es decir, están revestidos de una capa mucosa que les proporciona hidratación. La piel normal tiene una capa de células muertas, como un edredón de parientes muertos. Esta capa ofrece protección, y la piel normal prefiere estar seca. Las membranas mucosas, en cambio, carecen de esa capa protectora de células muertas, por lo que son menos

resistentes al desgaste. Los labios menores largos se irritarán, por ejemplo, con el roce del tejido de unos pantalones muy ajustados. Al contrario que la piel normal, las membranas mucosas prefieren la humedad. Por otro lado, las membranas mucosas no tienen vello; por eso no hay vello en la vulva dentro de los labios mayores.

Si separas los labios mayores encontrarás el denominado *vestibulum*. Esta palabra proviene del latín y significa «vestíbulo»; es decir, es el área entre la puerta principal de un edificio y su interior. Si eres de las que acuden al teatro o la ópera, el vestíbulo es donde sueles comer tarta y beber champán durante el descanso. Es la magnífica entrada con columnas y mullidas alfombras rojas de terciopelo. El vestíbulo de la mujer no tiene columnas, desde luego; sin embargo, se trata de una entrada. Aquí se encuentran dos orificios: el de la uretra y el de la vagina. La abertura de la uretra se halla entre el clítoris —situado en la parte frontal donde se unen los labios genitales— y la vagina, ubicada más cerca del ano.

Muy pocas mujeres son conscientes de que existe la abertura de la uretra, aunque todas la empleamos varias veces al día. De hecho, algunas ignoran que hay un orificio propio para la orina y creen que somos como los hombres, que tienen un único orificio para el semen y para el pis. Se equivocan: la uretra dispone de su propia abertura. No orinamos con la vagina, pero, efectivamente, es fácil confundirse, aunque hayamos visto bastantes bajos. La abertura de la uretra puede ser muy difícil de encontrar, incluso buscándola con un espejo. Es minúscula y a menudo está rodeada de un gran número de pequeños pliegues cutáneos. No obstante, quien busca, encuentra.

El placer de tener vagina

Al contrario que la pequeña abertura de la uretra, el orificio vaginal, mucho mayor, es fácil de encontrar. La vagina es un conducto muscular estrecho, de entre 7 y 10 centímetros, que conduce de la vulva al útero. Normalmente el conducto está comprimido, de modo que la pared posterior y la frontal se oprimen la una a la otra. Esto te ayuda a ser impermeable. ¡Piénsalo!

Cuando te excitas, la vagina se dilata tanto a lo largo como a lo ancho. Es muy elástica en todas las direcciones. Es comparable a una falda plisada. Tócala y verás lo rugosa que es.

Los músculos que la rodean son fuertes, como notarás si introduces un dedo en ella y los contraes. Esta musculatura del suelo pélvico es como todos los músculos del cuerpo: se fortalece con el ejercicio. La pared vaginal está recubierta de una membrana mucosa húmeda. La mayor parte de esta humedad no está producida por glándulas, sino que se filtra desde el interior del cuerpo a través de la pared vaginal. Esta carece de glándulas propiamente dichas, pero siempre hay alguna secreción de las glándulas del cuello uterino. La vagina siempre está húmeda, y con la excitación sexual se humedece aún más. Los fluidos que se filtran por la pared aumentan al incrementarse el flujo de sangre en todo el aparato genital. Notas que aumenta la llegada de sangre a los bajos cuando el clítoris y los labios menores se hinchan. El fluido que aparece cuando te excitas disminuye la fricción en la vagina durante la masturbación o las relaciones sexuales. Una fricción menor causa menos daños en la pared vaginal, que a veces recibe un buen tute durante las relaciones sexuales. Después del sexo no es inusual sangrar un poco por las pequeñas heridas que surgen en la pared vaginal, y es posible que te sientas un poco dolorida. No hay por qué preocuparse. La pared vaginal tiene una gran capacidad de regeneración.

Además de humedecerse la pared vaginal, aparece un poco de secreción de dos glándulas situadas en el vestíbulo. Se encuentran a ambos lados del orificio vaginal, en la zona más cercana al ano. Son las glándulas de Bartolino, denominadas así en honor al anatomista danés Caspar Bartholin. Producen un líquido resbaladizo que ayuda a lubricar la abertura vaginal. Las glándulas de Bartolino son óvalos del tamaño de un guisante y pueden causar problemas. Si se obstruye el pequeño conducto por el que envían la secreción, es posible que aparezca un quiste en los bajos. Se detecta como un bultito duro en un lado de la vulva, como un globo chiquitito. Si el quiste se infecta, puede resultar doloroso. Sin embargo, el problema se soluciona con una pequeña intervención quirúrgica. Hay diferencias de opinión^[3] respecto a la importancia de las glándulas de Bartolino en la lubricación de la vagina. Las mujeres a las que se les extirpan por problemas de quistes e infecciones experimentan un aumento de la humedad vaginal cuando se excitan.

En la pared vaginal anterior, es decir, la situada sobre la vejiga, hay un punto muy popular en las secciones de sexo de las revistas femeninas. Nos referimos al punto G. Recibe este nombre por el ginecólogo alemán Ernst Gräfenberg, su descubridor. Aunque los investigadores llevan desde la década de 1940 buscando el punto G y discutiendo sobre él, sigue siendo un tema muy controvertido. De hecho, los científicos no están seguros de qué es, y tampoco se ha demostrado que exista.

El punto G se describe como un punto especialmente sensible de la vagina de algunas mujeres, y algunas afirman que tienen orgasmos con solo estimularlo. En teoría se encuentra en la pared vaginal frontal, a la altura del abdomen, y se estimula haciendo el gesto de «ven aquí» con un dedo. Imagina a una bruja de Disney llamándote y tendrás dominado el movimiento. Algunas mujeres cuentan que la estimulación del punto G es mejor que la de cualquier otra parte de la vagina. Como tal vez hayas notado, la vagina no es especialmente sensible comparada con la vulva y, sobre todo, con el clítoris. La sensibilidad es mayor en la abertura y disminuye a medida que se va subiendo.

Los medios de comunicación hablan del punto G como si se tratara de una estructura anatómica diferenciada. Puedes quedarte con esa impresión si lees las secciones sobre sexo de las revistas, libros de autoayuda acerca del tema o experiencias de mujeres sobre sus genitales. En una revisión sistemática británica del 2012, es decir, un análisis de la investigación existente sobre el punto G como una zona diferenciada en la vagina, se concluyó que las pruebas aportadas eran escasas. La mayor parte de los estudios realizados acerca del punto G emplean cuestionarios en los que las mujeres deben describirlo. La mencionada revisión sistemática muestra que muchas de las mujeres que creen en la existencia del punto G tienen problemas para localizarlo. Sus autores afirman asimismo que los estudios basados en técnicas de imagen no han logrado encontrar una estructura diferenciada capaz de provocar un orgasmo o el placer sexual de la mujer, a excepción del clítoris^[4].

Se ha planteado la hipótesis de que el punto G no es una estructura corporal, sino tan solo una parte profunda e interna del clítoris que se estimula durante el sexo a través de la pared vaginal. En 2010 un grupo de investigadores publicó un estudio en el que habían examinado la pared vaginal frontal de una mujer mientras practicaba sexo vaginal con su compañero. Emplearon una ecografía para ver qué ocurría y buscaron el punto G. No lo encontraron, pero concluyeron que las partes internas del clítoris están tan próximas a la pared vaginal frontal que podría ser la solución al misterio del punto G^[5]

Otra posibilidad es que el punto G guarde relación con una serie de glándulas situadas asimismo en la pared anterior de la vagina: las glándulas de Skene, el equivalente de la próstata, la glándula que rodea partes de la uretra en el hombre. Las glándulas de Skene están relacionadas con la eyaculación femenina. Según algunos estudios, el punto G es importante para conseguir la eyaculación femenina^[6], pero de momento solo son teorías. Por lo tanto, sabemos con total seguridad que algunas

mujeres experimentan un orgasmo con eyaculación, pero ni siquiera sabemos si existe el punto G.

Es extraño que algo tan accesible como la pared vaginal esté envuelto en tanto misterio, sobre todo teniendo en cuenta lo mucho que se escribe sobre el punto G. Esperamos con impaciencia la publicación de más investigaciones de calidad sobre el cuerpo de la mujer.

El clítoris: un iceberg

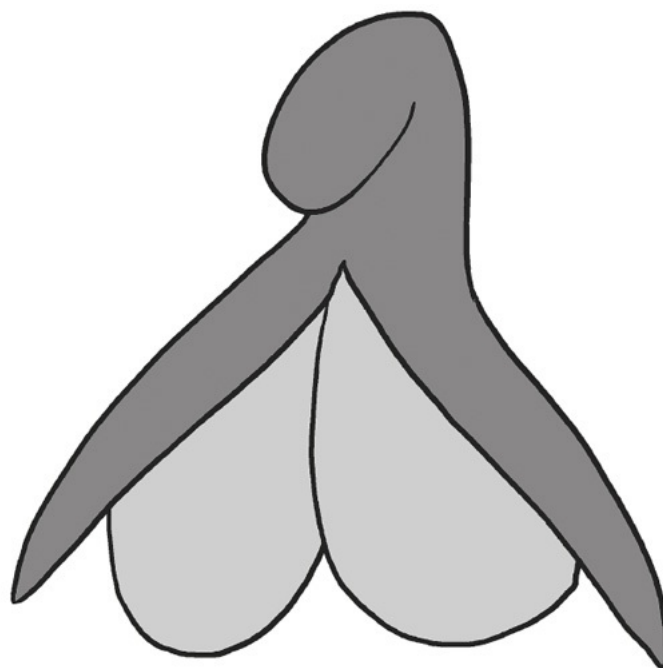
A lo mejor te ha sorprendido que hayamos escrito «partes internas» del clítoris. ¿Qué partes internas? El clítoris, según solemos describirlo, tiene el tamaño de una uva pasa y se localiza en la parte anterior de los genitales, allí donde se unen los labios menores. Sin embargo, ¡este botoncito no es más que la punta de un iceberg! En la oscuridad del bajo vientre se oculta un órgano que sobrepasa cuanto puedas imaginar.

Aunque desde la mitad del siglo XIX los anatomistas saben que el clítoris es ante todo un órgano subterráneo^[5-1], dista de ser un conocimiento general. Mientras que el pene se ha descrito con todo detalle en manuales y libros de anatomía, el clítoris continúa siendo una curiosidad. No hace tanto, en 1948, se decidió no mencionarlo en el conocido manual *Anatomía del cuerpo humano de Gray*. El mundo de la medicina, dominado por hombres, no ha mostrado especial interés en seguir estudiando el clítoris. Todavía no hay acuerdo sobre cuáles son sus componentes y cómo funciona. En el contexto de la medicina, esto resulta muy llamativo.



Sabemos que lo que la mayoría de la gente llama «clítoris» no es más que un fragmento de un órgano grande que se extiende tanto por la zona pélvica como hacia abajo, así como a ambos lados de la vulva^{[7][8][9]}. Si nos pudiéramos unas gafas de rayos X, veríamos que el complejo del clítoris tiene la forma de una Y invertida. La pequeña uva pasa, denominada «glande» o «cabeza» del clítoris, se encuentra en la parte superior. Puede tener entre 0,3 y 3,5 centímetros de longitud, pero parece menor porque está cubierta por una pequeña capucha^[10]. La cabeza es la única parte visible

del clítoris. Después viene un tronco que se orienta hacia el interior del cuerpo, como un boomerang, antes de separarse en dos pilares que descansan a ambos lados del bajo vientre, enterrados bajo los labios genitales.



En el interior de cada pilar hay un cuerpo cavernoso, *corpus cavernosum*, que se llena de sangre y se hincha en estado de excitación. Dentro de estos pilares, es decir, en el *vestibulum*, la región entre los labios menores, hay otros dos cuerpos adicionales, los *bulbi vestibuli* (bulbos vestibulares), que rodean el orificio de la vagina y el de la uretra.

A las que estaban muy atentas durante las clases de ciencias naturales es posible que la descripción les suene, pero ¿no era el pene masculino el que tenía cabeza, tronco y cuerpo cavernoso? La principal fuente del placer femenino, el clítoris, es un secreto bien oculto en contraste fulgurante con un pene erecto, lo que resulta cuando menos llamativo. Por lo tanto, quizá parezca sorprendente que ambos sean versiones de un mismo órgano.

Hasta aproximadamente la duodécima semana de gestación, los fetos masculinos y femeninos tienen unos genitales similares, dominados por una especie de minipene (¡o gigaclítoris!) llamado «tubérculo genital». Dado que el pene y el clítoris se desarrollan a partir de la misma estructura básica, tienen muchas similitudes tanto en la forma como en la función.

La cabeza del pene y el botón del clítoris son en realidad lo mismo; por eso ambos reciben el nombre de glande. El glande es el punto más sensible tanto del cuerpo femenino como del masculino. Se estima que contiene más de 8000 terminaciones nerviosas sensoriales. Una terminación nerviosa sensorial recibe información sobre la presión y el roce, y envía las señales al cerebro, donde la información se interpreta como dolor o como placer. Cuantas más terminaciones

nerviosas haya, más matizadas y fuertes son las señales que llegan al cerebro. De todos modos, la cabeza del clítoris es mucho más sensible que la del pene, puesto que las terminaciones nerviosas se concentran en un área mucho más reducida. La concentración es unas cincuenta veces mayor^[11].

Lamentablemente, la imagen del clítoris como un botón del placer tal vez haya llevado a algunos hombres a creer que cualquier forma de pulsarlo es buena. Si la simple presión no da resultado, presionan con más fuerza; pero el clítoris no funciona así. Dado que cuenta con abundantes terminaciones nerviosas, la menor variación en la caricia se nota. Esto permite unas posibilidades insospechadas para la estimulación y el placer, pero también provoca que la transición al dolor o al entumecimiento sea mínima. Ante una fuerte presión prolongada, es posible que las terminaciones nerviosas se nieguen a enviar las señales al cerebro. Así pues, el botón del clítoris se pone en modo silencio. Entonces hay que dejarlo en paz hasta que quiera volver a hablar. En otras palabras, le pasa un poco lo mismo que a ti cuando intentas ligarte a alguien: si insistes demasiado tal vez se fastidie la cosa.

En el caso del hombre, los cuerpos cavernosos hacen que el pene se ponga duro cuando se llena de sangre. Por supuesto, los cuerpos cavernosos de la mujer cumplen la misma función. Cuando nos excitamos, el complejo del clítoris puede hincharse hasta doblar su tamaño^[12]. Es, literalmente, una impresionante erección. Puesto que los pilares del clítoris y los bulbos del vestíbulo se localizan bajo los labios genitales y alrededor de los orificios uretral y vaginal, la vulva parece mayor en estado de excitación. Además, el vestíbulo y los labios menores adquieren un color más oscuro, amoratado, a causa de la sangre acumulada.

Y las similitudes no quedan ahí. A los hombres les gusta fardar de sus erecciones matutinas y nocturnas, pero nosotras también las tenemos. En un estudio de la Universidad de Florida realizado en los años setenta, se examinó a dos mujeres con clítoris grandes y se las comparó con varones. Los investigadores descubrieron que las mujeres tenían el mismo número de «erecciones» nocturnas durante la fase de sueño REM que los hombres^[13]. Otro estudio reveló que las mujeres tenían hasta ocho «erecciones» por las noches, con una duración total de una hora y veinte minutos^[14].

Como ves, hay muchas cosas relacionadas con el clítoris que no nos enseñaron en clase de ciencias naturales. Durante demasiado tiempo se ha ignorado a este soberbio órgano, se le ha menospreciado y ocultado. Hasta que sabes que se extiende y envuelve todas las partes de nuestros bajos, no eres consciente del maravilloso aparato de placer de que disponemos.

Virginidad sangrienta

Durante miles de años las distintas culturas han mostrado un enorme interés por la virginidad. No por la de los hombres, sino por la de las mujeres. Ellos no pueden ser putas o santas, puros o impuros, pero nosotras sí, y «por suerte» el sangrado de la vagina en la noche de bodas determinará qué clase de mujer somos.

«*Pop her cherry*», dicen muchos. Como si una mujer que nunca ha tenido relaciones sexuales se pudiese descorchar igual que una botella de champán; como si sus bajos antes y después de la primera relación sexual fuesen tan distintos como una botella de Moët & Chandon con o sin tapón. Como comprenderás por el tono que empleamos, no es así.

La idea de la virginidad existe en la cultura popular de todas partes. Para la vampiresa Jessica de *True Blood*, cada coito será como el primero, y tendrá que sangrar una y otra vez. La duda envuelve a la reina Margaery Tyrell en *Juego de tronos*: ¿realmente sigue siendo «pura» después de casarse con el tercer rey?

También los clásicos describen la virginidad y el sangrado. «Joder», podría haber dicho Kristin, la hija de Lavrans^[6-1], viendo la sangre que se le deslizaba por el muslo en la película que nos pasaban en clase de lengua. En cambio, dijo algo así como «¿Quién quiere una flor a la que alguien ha arrancado los pétalos?». Lloraba amargamente en brazos de su amante, Erlend, que no tenía por qué llorar. Como hombre, Erlend no tenía ninguna virtud que perder.

La imagen de la mujer como una inocente flor y la equiparación del concepto de «quitar la virginidad» al acto de arrancar una flor se han empleado incluso en el ámbito médico. El sangrado que suele aparecer en la primera relación sexual se denomina «desfloración» y es todo indescriptiblemente anticuado^[15]. Casi parecería que los hombres, en todas las culturas y en distintos momentos históricos, han conspirado en busca de métodos para controlar y limitar la sexualidad de la mujer y su posibilidad de decidir sobre su propio cuerpo.



Como comprenderás, tenemos que hablar sobre la membrana de la virginidad, esa cosa legendaria en el orificio vaginal que a algunas mujeres todavía les cuesta el honor, e incluso la vida, a causa de antiquísimas tradiciones y desinformación. Es increíble que siga habiendo ese tipo de diferencias entre mujeres y hombres. Que algo tan bonito y positivo como el sexo implique la ruina de las mujeres y no tenga consecuencia alguna para los varones. Dado que la idea del himen y del propio sangrado se basa en mitos, todo resulta aún más estúpido.

El himen se ha presentado tradicionalmente como una especie de sello de castidad que, según el mito, debe romperse y producir un sangrado en el primer coito, y solo entonces. El sangrado se ha empleado como una prueba de virginidad tan importante que después de la noche de bodas era habitual tender las sábanas manchadas de sangre, para que toda la vecindad viera que el acto se había realizado de manera correcta.

Según el mito de la virginidad, si sangras después del coito, se sabe que es tu primera relación sexual. Si no sangras, es porque has tenido relaciones sexuales con anterioridad. Sin embargo, este mito, como casi todos, es falso.

La expresión «membrana de la virginidad» contribuye al mantenimiento del mito. Al oír la palabra «membrana», tal vez te imagines algo parecido a un film de plástico transparente en tensión, que revienta si lo perforas. ¡Pop! Pero si te has mirado los bajos en un espejo sabrás que la vagina no tiene ningún trozo de film transparente, aunque jamás hayas tenido relaciones sexuales. Ahora bien, no dejes que una mentira sustituya a otra. Últimamente oímos decir que el himen no existe. Es cierto que no hay un pegote de lacre que mantenga la vagina sellada, pero eso no quiere decir que no haya una estructura anatómica responsable de estos malentendidos. Justo en el

interior de la abertura vaginal, junto a la pared, se ubica un repliegue membranoso en forma de anillo, como una corona. A esta pequeña corona se la ha denominado tradicionalmente «membrana de la virginidad», «virgo», «*maiden head*», etc. Nosotras la denominaremos «himen». Otros la llaman «corona vaginal». Tú puedes elegir cómo llamarla. «Membrana de la virginidad», «corona vaginal» e «himen» significan lo mismo, pero la primera denominación es tan engañosa que debería evitarse.

Las mujeres nacen con himen, pero eso no quiere decir que sirva para algo. El himen es la variante femenina del pezón masculino. Carece de función, no es más que un vestigio del desarrollo fetal.

El himen tiene tanta profundidad como anchura. Es decir, no es fino como un film transparente, sino grueso y fuerte. Antes de la pubertad suele ser uniforme y tener forma de rosquilla, con un agujero en medio. Más adelante, en la pubertad, al entrar en escena la orquesta hormonal, el himen, como tantas otras partes del cuerpo, cambia. Una vez superada esa fase de la adolescencia, a menudo adquiere forma de media luna. Se vuelve más ancho en la parte posterior, hacia el ano, pero sigue coronando la abertura vaginal, aunque con un orificio mayor en el centro^[16]. Así es, al menos, en la teoría. En la realidad no existe una descripción exacta del aspecto que debe tener.

La mayoría de los hímenes son circulares con un agujero en medio. Sin embargo, no todos son uniformes y lisos. Muchos presentan pliegues e irregularidades, lo cual no indica que haya habido actividad sexual. Algunas tienen un himen con trozos que cubren parcialmente la abertura vaginal, de manera que resulta más parecido a una «ø» noruega que a una «o». El de otras semeja un colador, con muchos agujeritos en lugar de uno grande en medio. Los hay incluso que parecen un conjunto de pequeños flecos a lo largo de la pared vaginal. Son pocos los que cubren toda la entrada vaginal. Estos suelen ser muy duros y rígidos, y esta variante puede causar problemas porque ¡la sangre menstrual tiene que salir por alguna parte! Por lo general, las chicas con este tipo de himen no descubren el problema hasta la primera menstruación. La sangre menstrual queda atrapada en la vagina, lo cual puede ocasionar dolores muy intensos y requerir una operación. Esta variante, poco frecuente, es lo que más puede acercarse al mito del himen como un sello^[17].

El himen, sea cual sea su forma, es flexible y elástico, salvo en los contadísimos casos en que cubre la entrada vaginal por completo. No obstante, es el punto más estrecho de la vagina. Esta tiene una enorme capacidad para dilatarse y contraerse; al fin y al cabo, los bebés salen por esa vía. Aunque el himen también puede dilatarse y es elástico, carece de elasticidad suficiente para el coito. Funciona un poco como una goma, que puede estirarse hasta cierto punto y que se rompe si se estira demasiado.

En la primera relación sexual vaginal, el himen se estira con el resto de la vagina. En muchas mujeres es tan elástico que no causa ningún problema; en otras puede desgarrarse y sangrar un poco. Es decir, unas mujeres sangran en su primera relación

sexual y otras no. Depende de la elasticidad del himen. En aquellas que tienen un himen con una forma determinada, por ejemplo, cuando cubre la abertura vaginal como la letra «ø», esta parte deberá romperse para dejar espacio a un pene o unos dedos.

No es fácil determinar con exactitud el porcentaje de mujeres que sangran en su primera relación sexual. Las cifras aportadas varían. Hemos consultado dos estudios en los que se afirma que el 56 y el 40 por ciento de las mujeres, respectivamente, sangran al mantener relaciones sexuales voluntarias por primera vez. Por consiguiente, no es ni mucho menos algo que afecte a todas, pero no deja de ser un porcentaje importante^{[18][19]}

En los mencionados estudios se entrevistó a mujeres y se les interrogó sobre su primer coito. Por lo tanto, es imposible saber con certeza si la sangre provenía del himen, aunque este sea el punto más estrecho de la vagina, o tenía otra procedencia. Como dijimos en el apartado dedicado a la vagina, es posible y habitual sangrar por pequeñas heridas producidas en la pared vaginal si se practica un sexo algo duro, si no se está lo bastante húmeda o si se tensan los músculos genitales debido al nerviosismo. Esto puede ocurrir la primera vez que se practica el sexo o en otras ocasiones.

Otra parte importante del mito del himen consiste en la prueba de virginidad. Se supone que examinando los bajos de una mujer puede saberse si ha practicado el coito o no. Al parecer, a la Virgen María se le realizó una prueba de virginidad, al igual que a Juana de Arco y, más recientemente, a muchas mujeres de ámbitos sociales conservadores.

De vez en cuando oímos hablar de médicos que siguen realizando pruebas de virginidad a mujeres jóvenes a petición de los padres, que quieren una evidencia de que su hija es pura^[20], a pesar de que los expertos en medicina forense las consideran irrelevantes desde el punto de vista médico^[21]. Asimismo, oímos hablar de médicos que expiden certificados de virginidad a mujeres aterrorizadas por las consecuencias de la falta de sangrado en la noche de bodas.

No obstante, normalmente no se aprecia ninguna diferencia entre el himen de las chicas que han practicado sexo y el de las que nunca han tenido relaciones sexuales^{[22][23]}. Por lo tanto, la prueba de virginidad es absurda. Y las lesiones que pueden producirse en el himen durante el coito si se le somete a un fuerte estiramiento no tienen por qué ser permanentes. Está comprobado que en muchos casos el himen se restaura sin cicatrices visibles^[24].

Gran parte de la investigación sobre el himen y los cambios que experimenta tras el debut sexual se basa en los exámenes realizados a mujeres y chicas que han sufrido abusos sexuales. En una revisión sistemática noruega se afirma que los cambios en el himen de las niñas que en el pasado se consideraban sospechosos (por ejemplo, una abertura ancha^[25] o un ala estrecha) se entienden en la actualidad como hallazgos circunstanciales y no constituyen prueba alguna de abusos sexuales^[26]. Esos cambios

pueden encontrarse en niñas que no los han sufrido. Sin embargo, los autores del artículo hacen hincapié en que la falta de hallazgos no prueba que una niña no haya sido sometida a abusos sexuales.

En definitiva, no puede saberse si una mujer ha practicado el sexo mirándola entre las piernas. El himen no es algo reservado a las que nunca han mantenido relaciones sexuales; no existe una variante del himen para las que han hecho el amor y otra para las que siguen siendo «vírgenes». Como sucede con todas las partes del cuerpo, el aspecto del himen varía de una persona a otra. Lamentamos decirlo, pero las pruebas de virginidad no funcionan.

Por desgracia, este conocimiento sobre el himen no es de dominio público. Algunas mujeres recurren a la cirugía, a la llamada «himenoplastia», para garantizar el sangrado en la noche de bodas. En Noruega se practicaron este tipo de intervenciones en la clínica privada Volvat de Oslo hasta el 2006^[27]. La clínica dejó de realizarlas tras pedir una evaluación al consejo de ética médica, que tenía sus reservas respecto a la himenoplastia dado que se trata de un remedio fácil o un sustituto de la verdadera solución del problema, a saber, un cambio cultural^[28].

La himenoplastia sigue practicándose. En internet puedes comprar hímenes falsos con sangre artificial por 30 dólares, con la garantía de que podrás *kiss your dark secret goodbye*, es decir, «despedirte de tu oscuro secreto» y casarte con toda la confianza^[29]. Por otra parte, en 2009 los políticos egipcios propusieron prohibir la importación de este producto^[30].

¿Por qué preferimos recurrir a esta clase de soluciones en vez de informar de que la falta de sangrado no implica la falta de virginidad? ¿Y por qué hay quienes valoran tanto contar con pruebas de que las mujeres se mantienen «puras» hasta el matrimonio? Hay que restar importancia al sangrado y eliminar las pruebas de virginidad de una vez para siempre, pero sobre todo debemos alejarnos de la idea de que la virginidad es importante.

El problema es que cuesta encontrar información fiable sobre el himen y, ante todo, distinguir lo que es correcto de lo que es menos correcto o erróneo. En nuestra búsqueda de información sobre el tema encontramos poca que fuese divulgativa, accesible al ciudadano corriente y, al mismo tiempo, correcta. Encontramos bastantes textos científicos, pero el himen apenas se menciona en los manuales de ginecología más empleados en la carrera de medicina, e incluso ahí se reproducen partes de los mitos. Seguimos con muchas preguntas. Estremece pensar en el poco interés de los médicos por una estructura que, en el peor de los casos, puede implicar la pérdida del honor o de la vida de las mujeres. Lo peor es que la información disponible no llega a quienes la necesitan. A este respecto todos tenemos una importante labor que realizar. No queda más que ponerse manos a la obra.

El segundo orificio

«Donde el sol nunca brilla», decimos en Noruega refiriéndonos al ano. Este orificio marrón y arrugado suele permanecer en las sombras cuando se habla de los bajos femeninos, pero tan solo una fina pared lo separa de la vagina. Debido a esta proximidad, el ano está inevitablemente relacionado con la vagina, la vulva y la autoimagen sexual de muchas mujeres.

El ano, también denominado «ojete», es un formidable anillo muscular cuya función consiste en retener las heces hasta que estemos preparados para expulsarlas. No cabe duda de que se trata de una tarea importante desde el principio de los tiempos, puesto que nuestro cuerpo nos ha equipado no con uno, sino con dos esfínteres en serie. Si uno falla, contamos con una compuerta extra de seguridad.

El esfínter interno está controlado por el sistema nervioso autónomo. Así se denomina la parte del sistema nervioso que no controlamos nosotros mismos. Cuando el cuerpo registra que el recto empieza a llenarse de heces, envía señales de que el esfínter interno debe relajarse. Es el reflejo de evacuación, que se experimenta como una necesidad repentina de ir al baño más próximo.

Si solo dispusiésemos de este reflejo primitivo, haríamos caca a tiempo y a destiempo, como niños pequeños, pero, a pesar de todo, el ser humano es un ser social. El esfínter externo —el que notas si introduces un dedo en el ano y aprietas— es el jefe supremo y lo controlamos a voluntad. Procura que logremos aguantarnos hasta que las circunstancias nos proporcionen la intimidad necesaria. Si aprietas durante suficiente tiempo, el cuerpo capta la indirecta y los instintos primitivos entienden que han perdido la batalla. Las heces se retiran con discreción al intestino y esperan con paciencia hasta una ocasión más adecuada. La «escotilla de la caca», como nos gusta denominarlo, se cierra temporalmente.

El ano es el recoveco más oscuro de los bajos, pero, por suerte, no solo retiene las heces. A su alrededor y en su interior abundan las terminaciones nerviosas, que ansían ser estimuladas. Invitar al culete a participar en el juego puede proporcionar una dimensión más amplia a la vida sexual de algunos. Al resto tal vez le baste con pensar en la belleza del sistema del que forma parte el ojete y con dedicarle unos cálidos pensamientos de vez en cuando.

Consejos peludos

Ser mujer conlleva tener vello en el chichi. Por lo menos, desde el punto de vista de la naturaleza. Durante la pubertad empiezan a aparecer pelillos oscuros en el monte de Venus y a lo largo de los labios genitales. Poco a poco se van extendiendo hasta formar un denso prado triangular que llega hasta el ano y que a menudo puebla las ingles, por la famosa línea del biquini.

En los últimos años ha vuelto a imponerse el canon estético de vulvas sin vello o bien podadas, canon que ocasiona preocupaciones y problemas a muchas mujeres. Les angustia que, por depilarse, el vello les crezca en mayor cantidad, o más oscuro, o más deprisa. A nosotras mismas nos aterrorizó durante años la idea de que la línea del biquini creciera sin control en todas direcciones si nos pasábamos con la cuchilla de afeitar. Del mismo modo, muchos adolescentes toman prestada la maquinilla de afeitar de su padre para rasurarse con esmero la pelusilla del labio superior, con la esperanza de que crezca un bigote masculino que cubra los granos. Por suerte para nosotras, y para desgracia de los chavales, es una solemne estupidez.

La herencia y las hormonas determinan la cantidad de vello corporal y el momento en que aparece^[31]. Nacemos con todos los folículos pilosos que tendremos en la vida, unos cinco millones. Algunos, por ejemplo, los situados alrededor de los genitales y en las axilas, son especialmente sensibles a las hormonas. Durante la pubertad se produce un estallido de hormonas sexuales, de modo que los folículos pilosos sensibles a las hormonas aumentan de tamaño y comienzan a formar vello más denso y oscuro. La distribución de los folículos pilosos sensibles a las hormonas varía de una persona a otra en función de los genes, lo cual explica por qué unos hombres tienen una densa pelambreira en la espalda mientras que otros apenas presentan cuatro pelillos en el pecho. Aunque el adolescente lo viva así, la cantidad de vello no aumenta en la pubertad; lo que ocurre es que la pelusilla encantadora se transforma poco a poco en vello adulto. El motivo por el que muchos creen que con el afeitado crece más vello es que por lo general empiezan a afeitarse cuando el crecimiento del vello está transformándose.

Algunos tienen la sensación de que el vello se vuelve más grueso y tieso, o crece con mayor rapidez, cuando se afeitan. No es así, aunque pueda parecerlo cuando te miras los bajos al día siguiente de afeitarte y ves que recuerdan a un puercoespín. La mayor parte del vello es material muerto. De hecho, todo el que ves sobre la piel es proteína muerta; tan solo existe vida en el folículo. Pero el folículo no tiene manera de saberlo, aunque elimines el vello. Los muertos solo hablan en programas tipo *Cuarto milenio*. En el mundo real, el folículo sigue produciendo vello al ritmo de siempre y vive en la feliz ignorancia de que talas sin piedad cuanto consigue producir.

Por otro lado, el grosor del vello está determinado por el tamaño del folículo, que no cambiará por mucho que te afeites. El vello recién salido puede parecer más rígido por la sencilla razón de que es más corto. Si lo dejamos en paz, el vello normal se desgasta y se vuelve cada vez más fino en las puntas, por lo que parece suave. Al afeitarnos lo cortamos por su punto más grueso, al ras de la piel; cuando vuelve a crecer, durante un breve período la punta es gruesa^[32].

Puedes maldecir (o alabar) el vello, pero su distribución corporal está determinada genéticamente. Lo que hagas con él, por tanto, es una decisión personal. No cabe duda de que cumple una función, pero de ninguna manera es tan importante como para que se desaconseje su eliminación. No obstante, conviene saber que el vello contribuye a aumentar la sensibilidad sexual. Si tu compañero te acaricia con suavidad sobre el vello púbico, este se doblará y enviará señales al folículo, que, a su vez, mandará un mensaje al sistema nervioso^[31-1]. Los folículos están conectados a infinidad de terminaciones nerviosas, por lo que, si falta el vello, se pierde una parte de la experiencia sensorial.

A lo largo de la historia ambos sexos han recurrido a diversos métodos para eliminar el vello. En la actualidad puedes afeitarte, hacerte la cera, depilarte con maquinilla o emplear una crema depilatoria, por mencionar las soluciones temporales. En general, el método dependerá del gusto de cada una, pero existen algunas diferencias^[33].

La depilación y la cera pueden causar un crecimiento más fino del vello, puesto que, al arrancarlo de raíz, con el tiempo los folículos acaban dañándose. La desventaja es que el pelo fino tiene más dificultades para penetrar en la piel, lo cual puede originar problemas de vello enquistado o foliculitis. La crema depilatoria, en cambio, «derrite» la parte del vello que se encuentra al ras de la piel al destruir químicamente la estructura proteínica del vello. Dado que no afecta al folículo, suele ocasionar menos problemas de vellos enquistados que los otros métodos.

El mayor problema relacionado con la eliminación del vello recibe diversos nombres: «*razor bumps*», vello enquistado y «*pseudofolliculitis barbae*»^[34]. Cuando se elimina el vello, en especial el rizado, es posible que al crecer de nuevo gire sobre su eje hacia el interior de la piel. El cuerpo registra el vello enquistado como un cuerpo extraño y produce una inflamación en el folículo que semeja unos granitos. Si tenemos mala suerte o hurgamos en estos pequeños forúnculos, es posible que además contraigamos una infección bacteriana, que puede producir dolor e hinchazón y dejar una cicatriz como resultado.

En los medios de comunicación proliferan los consejos sobre la eliminación del vello. Nos tragamos sin rechistar los de los expertos de belleza, a pesar de que un chichi rasurado con vellos enquistados y granos no sea precisamente bonito. Sin embargo, ¿de verdad necesitas la crema de 68 € que intentan venderte en el centro de estética? ¿O la Gillette Venus ProSkin para pieles sensibles, que llevan hojas de afeitar de casi 6 € la unidad?

Por desgracia, estás tirando el dinero. Si tienes molestias relacionadas con vello enquistado e inflamaciones foliculares, tal vez merecería la pena que probaras las cremas depilatorias y abandonases los otros métodos. Si prefieres depilarte con maquinilla, hacerte la cera o afeitarte, debes tener en cuenta que la higiene es muy importante. Limpia la zona antes de empezar. A las proclives a contraer infecciones les resultará útil limpiar la zona con un desinfectante o aplicarse una pomada desinfectante después de la depilación. Son productos que se adquieren sin receta en la farmacia, y a un precio mucho menor que los productos especializados que se venden en elegantes frascos en los centros de estética.

Finalmente, un consejo importante: evita espachurrar los vellos enquistados y toquetear las zonas infectadas, porque es probable que acabes dejándote cicatrices en la piel. Además, en el peor de los casos puede extenderse la infección. En ocasiones se contraen infecciones graves en el folículo piloso, que llega a adquirir el tamaño de una uva. Si te ocurre eso debes acudir al médico, que drenará el absceso de manera cuidadosa y te recetará antibióticos si fuese necesario.

LOS CINCO MANDAMIENTOS DEL AFEITADO

1. **No pases la cuchilla en dirección contraria al vello o al folículo piloso.** Si tensas la piel y deslizas la cuchilla a contrapelo, obtienes un mejor resultado, con una piel más tersa y suave, dado que cortas el vello por debajo de la superficie cutánea. Por desgracia, de ese modo es más fácil que el vello se enquite y que se produzca una foliculitis.
2. **Usa siempre una hoja de afeitar limpia y afilada, preferiblemente nueva.** Es tentador reutilizar las hojas de afeitar muchas veces, puesto que no son baratas, pero a la larga esa práctica puede salir cara. Una hoja afilada proporciona un corte limpio, de modo que el vello vuelve a crecer sin enquistarse en la piel. Además, precisa menos fuerza, con lo que se evitan la irritación y los puntos rojos. Por otro lado, las hojas usadas contienen bacterias que pueden ocasionar una infección en el folículo piloso.
3. **Usa maquinillas de afeitar (baratas) de una sola hoja.** Las maquinillas son cada vez más sofisticadas, y sus precios, más altos. El mensaje suele ser «*a closer shave*», «un afeitado más apurado». El resultado, aunque quizá resulte sorprendente, es un mayor número de vellos enquistados, dado que varias hojas hacen que el vello se corte por debajo de la superficie de la piel. Además, debido a su elevado precio muchas renuncian a cambiarlas con la frecuencia debida, de modo que las hojas se

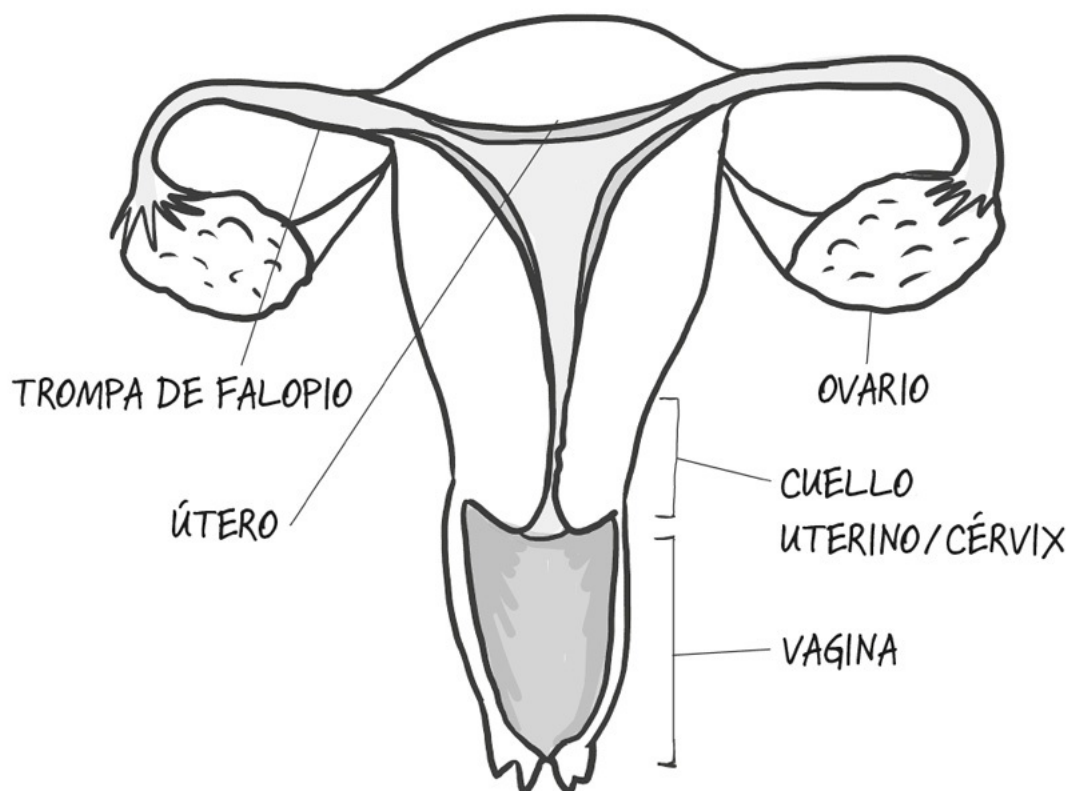
desafilan y se llenan de bacterias. Entonces estarás en la misma situación que antes. Las maquinillas de afeitar para hombres suelen ser más baratas, por lo que pueden resultar más rentables.

4. **Usa abundante agua caliente.** Se debe evitar a toda costa el afeitado en seco. Vello seco es vello tieso y, en consecuencia, más difícil de cortar. Para que el resultado sea bueno hay que emplear más fuerza, lo que da lugar a una mayor irritación cutánea y a una probabilidad más elevada de que aparezcan granitos rojos e infecciones. Una ducha caliente es un modo eficaz de ablandar el vello. La espuma tiene el mismo efecto si la dejas reposar cinco minutos antes del afeitado. Sin embargo, de poco sirve tal como la usa la mayoría, es decir, quitándola inmediatamente después de aplicarla.
5. **Ligera exfoliación.** Ayudarás a liberar posibles vellos enquistados si frotas la zona con suaves movimientos circulares, ya sea con un guante de exfoliación o un gel exfoliante. No procedas con demasiada fuerza, ya que podrías provocar más irritación e inflamación de la piel.

Los órganos genitales internos: los tesoros ocultos

Resulta fácil olvidar que los genitales femeninos no se limitan a la vulva y la vagina. Debajo de las capas de piel, grasa y músculos encontramos diferentes partes ocultas, entre ellas, los órganos genitales internos.

Emprendamos el camino hacia ellos. Si te introduces un dedo en la vagina, a unos 7 o 10 centímetros notarás un pequeño y suave tapón con la misma consistencia y forma que la punta de la nariz, solo que un poco mayor. Se trata del cuello uterino o cérvix, la entrada al útero. Desde la vagina, tiene el aspecto de un hemisferio aplanado. A primera vista no parece una entrada; sin embargo, tiene en medio un agujerito minúsculo que se denomina «orificio cervical». Es el inicio de un conducto de 2 a 3 centímetros y muy estrecho que lleva al interior del útero. Por este angosto conducto desciende el flujo menstrual. También proviene de ahí el flujo vaginal. De hecho, gran parte de este se produce en su interior.



Muchos creen que el canal que conduce de la vagina al interior del útero está abierto de par en par. Con frecuencia nos preguntan si en el embarazo el pene puede chocar contra el bebé durante las relaciones sexuales. Hay muchas dudas con relación al sexo y el útero. Si has leído la novela *Kafka en la orilla* de Haruki Murakami, seguramente te divertiste con el párrafo en el que una mujer sentía que el semen le salpicaba las paredes del útero^[35], como si el pene estuviese dentro de este en el

momento de la eyaculación. No es posible introducir el pene en el útero. El cuello uterino no es una compuerta abierta; está cerrado. De todas formas, la vagina es lo bastante profunda como para dar cabida a la mayoría de los penes, dado que es elástica tanto a lo largo como a lo ancho. Así pues, no es necesario tratar de meter algo más hacia dentro.

Tenemos la impresión de que la mayoría de las mujeres no presta atención al cuello uterino, lo cual no es de extrañar. No se ve, y tal vez no se hayan puesto a tocarlo o no sepan siquiera que está ahí. Sin embargo, merece toda la atención que puedas brindarle, pues guarda relación con tu salud. El cuello uterino es la parte del cuerpo donde aparecen las formas más mortales de cáncer en las mujeres jóvenes. Además, con frecuencia los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual provienen del cuello uterino.

El cuello uterino es importante, pero no es más que una parte de un órgano mayor: el útero o *uterus*, un órgano pequeño, del tamaño de un puño, aunque durante el embarazo experimenta un gran crecimiento. Al fin y al cabo, debe adquirir el tamaño necesario para albergar un embrión (o más de uno) en proceso de desarrollo, hasta que la mujer sale de cuentas. En las mujeres adultas, antes de la menopausia, el útero mide unos 7,5 centímetros de largo y no pesa más de 70 gramos. El útero parece una pera invertida, siendo el cérvix la parte más estrecha, donde crece el tallo.

En la mayoría de las mujeres el útero se inclina hacia delante, hacia el ombligo, de modo que forma un ángulo de casi 90 grados con respecto a la vagina. Es otro motivo por el que el pene no puede penetrar en él, puesto que no puede doblarse estando erecto, ya que se rompería. ¡El pene no es una culebra! En un 20 por ciento de las mujeres el útero se inclina hacia atrás y funciona igual de bien que los que se inclinan hacia delante. Pasa lo mismo que con los ojos: unas personas los tienen azules y otras, marrones, sin que por ello unas vean mejor que las otras.

El útero es hueco, pero no como un barril, pues no contiene aire. Sus paredes anterior y posterior están pegadas, al igual que las paredes vaginales. Entre ellas hay una fina capa de fluido.

El útero dispone de unas paredes musculares muy gruesas. Los músculos son necesarios, entre otras cosas, cuando el espeso fluido menstrual presiona para salir por el estrechísimo conducto del cuello uterino. Entonces los músculos del útero se contraen, como un trapo que se estruja. Cuando tienes dolores menstruales sientes algo parecido a calambres en la tripa o en la zona baja de la espalda; en realidad estos dolores proceden del útero mismo, que trabaja para expulsar la sangre y el flujo.

La pared uterina posee varias capas, y la capa interior, el endometrio, es una membrana mucosa. Esta membrana mucosa se modifica en gran medida a lo largo del ciclo menstrual y constituye una parte importante de la regla. Cada mes se agranda y adquiere grosor. Si no te quedas embarazada, se desprende del útero. Conviene recordar el nombre «endometrio», puesto que está relacionado con una enfermedad que causa molestias a un gran número de mujeres: la endometriosis. Se trata de una

patología en la que se forma mucosa uterina en otros órganos del cuerpo. Entre otras cosas, causa menstruaciones muy dolorosas. Te proporcionaremos más información sobre la endometriosis más adelante.

Imagina el útero como un triángulo con el vértice hacia abajo y con un tubo fino que sale de cada uno de los ángulos superiores. Estos tubos, llamados «trompas de Falopio», se extienden 10 centímetros y su función consiste en conducir el óvulo desde el ovario al útero. En los extremos tienen unas pequeñas protuberancias que parecen dedos, denominadas «fimbrias», que se extienden hacia el ovario para recoger los óvulos que se desprenden de él. La fecundación, la unión del espermatozoides y el óvulo, sucede en la trompa uterina, y a continuación el óvulo fecundado se traslada al útero, donde se fija al endometrio para crecer.

Los ovarios no se parecen a lo que sugiere su nombre: una huevera. Conviene pensar en ellos como pequeñas bolsas o sacos. Tenemos dos, uno a cada lado del útero, y cumplen dos cometidos. El primero es almacenar y permitir la maduración de los óvulos, los gametos o células sexuales de la mujer. Al contrario que los hombres, nosotras no producimos nuevos gametos en el transcurso de nuestra vida. Nacemos con los óvulos que vamos a tener; hasta 300 000^[36]. En el momento de nuestro nacimiento todavía no están maduros. En realidad, los óvulos con los que nacemos no son más que una fase inicial de los óvulos fecundados. Estos preóvulos ya están desarrollados en el quinto mes de vida del embrión. Hasta la pubertad, cuando se inicia el ciclo menstrual, se dedican a prepararse para su labor futura. Empiezan a madurar en grupos, pero, dado que el cerebro no les ha enviado la señal de ovulación, acaban por morir. En masa. Antes de la pubertad hemos perdido más de una tercera parte de los óvulos, de modo que nos quedamos con un grupo exclusivo de unos 180 000. A los 25 años nos quedan 65 000. Estos óvulos deben esperar pacientemente su turno e irán madurando y liberándose en cada ciclo menstrual.

Tal vez te extrañe que tengamos 180 000 óvulos al principio de la pubertad. Puesto que no vamos a tener tantas reglas a lo largo de la vida, ¿para qué queremos decenas de miles de óvulos? La verdad —y esto ha sido una sorpresa también para nosotras— es que podemos gastar hasta mil óvulos cada mes, no uno solo. Dicho de otra forma: la diferencia con el espermatozoides del hombre no es tan grande como suele creerse. En el caso de las mujeres, también hay numerosos gametos que libran una dura batalla interna para ganarse el derecho a tratar de engendrar un niño. Cada mes empiezan a madurar mil óvulos, pero solo un exclusivo óvulo pasa el control de seguridad y es elegido para salir del ovario. El resto se desecha y destruye de un modo brutal^[36-1].

En repetidas ocasiones nos hemos topado con una pregunta interesante sobre los anticonceptivos hormonales: los que impiden la ovulación ¿contribuyen a una mayor duración de los óvulos y la fecundidad? Parece lógico que ahorres óvulos hasta que decidas tener un hijo, en vez de desecharlos cada mes con la regla. Por desgracia, esto no funciona así. Los anticonceptivos hormonales solo impiden que el óvulo escogido

cada mes salga del ovario, no detienen la maduración de los miles de preóvulos mensuales. Todos los meses pierdes el mismo número de óvulos, por más que uses anticonceptivos hormonales^[37].

Entre los 45 y los 55 años entramos en la menopausia, una fase vital en la que el cuerpo experimenta tantos cambios y tan radicales como en la pubertad. El principal es que dejamos de ser fecundas. Ya hemos gastado nuestras reservas de óvulos. La menopausia varía de una mujer a otra y el momento de su aparición suele estar determinado genéticamente. Además, algunas disponen de más óvulos que otras por naturaleza. Los hombres, en cambio, producen espermatozoides, millones al día, hasta que deja de latirles el corazón. Su fecundidad no tiene fecha de caducidad, si bien la calidad del semen empeora con los años^[9-1]. Mick Jagger, con más de 70 años tuvo en diciembre del 2016 su octavo hijo con su novia, una modelo mucho más joven. El mundo es injusto.

El segundo cometido de los ovarios es producir hormonas. Las más importantes y conocidas son el estrógeno y la progesterona, que modifican nuestro cuerpo en las distintas fases de la vida y determinan el ciclo menstrual en colaboración con otras hormonas producidas en otros lugares, entre ellos el cerebro. Hablaremos sobre esto más adelante.

Género, género y género

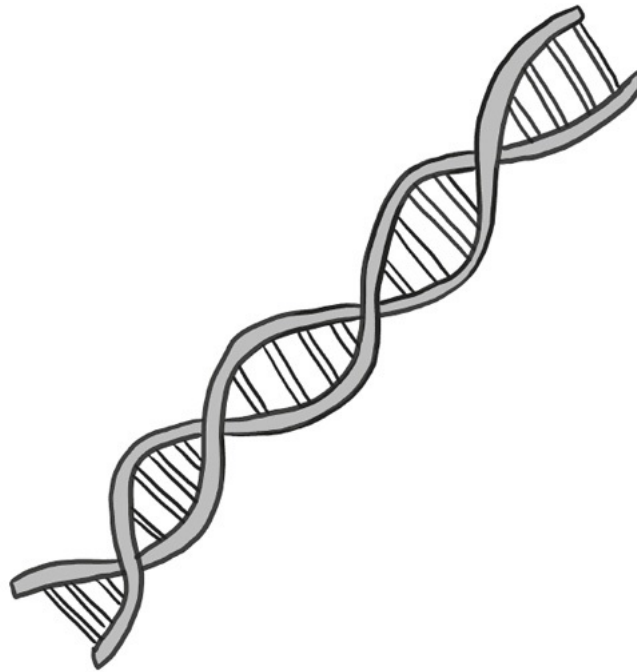
Para muchos la palabra «género» implica una oposición: mujer-hombre, chica-chico. Cuando oyes la pregunta «¿qué es un hombre?» o «¿qué es una mujer?», tal vez te parezca muy fácil de responder, porque un hombre es una persona con cuerpo de hombre, y una mujer, una persona con cuerpo de mujer. Por ejemplo, *El libro de la vagina* se centra en personas que tienen vagina y otros genitales femeninos; por lo tanto, eso querrá decir que trata sobre mujeres, ¿no?

No es extraño que pienses de esa manera, aunque de hecho la cuestión no es tan sencilla. Los genitales y la forma del cuerpo no son los únicos elementos que determinan si somos mujeres u hombres. Por otra parte, las diferencias físicas entre los géneros son menores de lo que crees.

En este apartado nos centraremos en tres factores que contribuyen a determinar nuestro género: los cromosomas, a los que denominamos «género genético», el cuerpo (género físico) y los factores psicológicos o «género psicológico». No estamos diciendo que estos sean los únicos factores que constituyen el género. Por supuesto, se puede hablar también de factores sociales y culturales, pero, dado que este es un libro más bien de medicina, optamos por concentrarnos en lo genético, lo físico y lo psicológico.

El género genético: un libro de cocina

¿Alguna vez has visto una molécula de ADN? Si haces *zoom* con un microscopio gigantesco, una molécula de ADN parece una escalera que se retuerce formando una espiral. Sus peldaños no son como los de la escalera plegable que usas para cambiar las bombillas de tu casa. La escalera del ADN tiene una tremenda altura en proporción a su anchura, menor que microscópica, así como unos peldaños muy particulares.



Los peldaños están formados por elementos que pueden compararse a las letras. Cada uno contiene dos letras. En conjunto, las letras pueden leerse como códigos o breves recetas. Cada receta codifica una proteína que cumple una función en el cuerpo. El conjunto de los códigos de varias proteínas determina un gen. Nuestros genes determinan si tenemos los ojos azules o marrones, dos o tres patas, alas y colas o cerebros grandes. Los códigos funcionan en conjunto como un libro de cocina con recetas de todo lo que se necesita para crearnos. En el lenguaje técnico, este libro de cocina se llama «genoma». Nuestro genoma constituye toda nuestra receta genética.

Cada célula del cuerpo contiene un libro de cocina completo para la persona de quien procede, y eso significa unos tres metros de cadena de ADN en cada célula. Es lo que usa la policía cuando investiga a delincuentes con la ayuda de sangre, semen, uñas o restos de piel. Cualquier célula de una persona, por ejemplo, del presidente del Gobierno, contiene, en teoría, toda la información que necesitas para crear una nueva versión de esa persona, es decir, un clon. Pero ¿cómo es posible que todo un libro de cocina de tres metros quepa en algo tan pequeño como una célula? Pues bien, las largas cadenas de ADN están enrolladas en densos ovillos, igual que la lana, de modo que todo quepa. Cada célula cuenta con 46 ovillos, que en conjunto forman todo el código genético, o todo el libro de cocina. Los ovillos se denominan «cromosomas».

Los cromosomas forman pares. Por lo tanto, los 46 cromosomas se distribuyen en 23 pares, en cada uno de los cuales hay un ovillo de la madre y otro del padre.

En lo que se refiere al género, hay un par importante, el vigésimo tercero, el de los cromosomas sexuales. Estos dos ovillos determinan si somos hombres o mujeres desde el punto de vista genético. Existen dos tipos de cromosomas sexuales: el X y el Y. Las mujeres tienen dos cromosomas del mismo tipo, codificados como XX, mientras que los hombres tienen uno de la variante X y otro de la variante Y, codificados como XY.

Como tal vez recuerdes, partimos de una célula de la madre (el óvulo) y una célula del padre (el espermatozoide). El óvulo y el espermatozoide contienen un medio juego de cromosomas cada uno, es decir, 23 ovillos simples, o medio libro de cocina. Cuando se crea un niño, el medio libro de cocina de la madre se junta con el medio libro de cocina del padre, de modo que la criatura recibe un libro de cocina completo que contiene la receta de él mismo, que es única.

Dado que las personas que genéticamente son mujeres jamás tienen un cromosoma Y, sino solo dos X, un óvulo siempre contiene una versión X del cromosoma sexual. Es la contribución de la madre al par número 23 de cromosomas del embrión. La madre nunca tendrá un cromosoma Y que ofrecer. En cambio, los gametos del padre, los espermatozoides, pueden contener un X o un Y. Aproximadamente la mitad de los espermatozoides contienen un X, y la otra mitad, un Y. Si un espermatozoide que contiene un cromosoma Y se fusiona con el óvulo, el embrión será niño, porque el código será XY. Si se une al óvulo un espermatozoide que contiene un X, el embrión será una niña, con el código XX.

Por lo tanto, el varón «decide» si la criatura será chico o chica. Desde una perspectiva histórica, siempre se ha presionado a las mujeres para que den hijos a los hombres. Tal vez hayas leído historias de frustrados monarcas que contaban con que la reina produjese un heredero apto para el trono, el cual, por supuesto, debía ser varón.

Hoy en día sabemos más sobre el tema. Que el vástago sea chica o chico es una mera casualidad, pues en cada ocasión las probabilidades son 50/50^[10-1], dependiendo del espermatozoide que se una al óvulo. El óvulo no tiene ninguna incidencia en el género del retoño.

De todo esto concluimos lo siguiente: si el par de cromosomas número 23 contiene dos cromosomas X, en el libro de cocina del embrión constará que este debe desarrollarse como mujer. Si el par de cromosomas número 23 contiene uno de cada tipo, un X y un Y, el libro de cocina determinará que debe desarrollarse como hombre.

Todo parece simple y llano, y con estas recetas se puede tener la impresión de que el género es una cuestión de o blanco o negro. Como verás en breve, esto dista de ser así. De hecho, los órganos sexuales del hombre y los de la mujer son increíblemente similares, y en el desarrollo hacia un órgano sexual acabado pueden originarse muchas cosas intermedias. Tendemos a centrarnos en las diferencias. Sin embargo, a pesar de todo, tenemos algo más que simples agujeros y pitos entre las piernas.

Lo cierto es que las cosas pueden resultar de otra manera, tanto con los cromosomas como con cada uno de los genes del ADN, de forma que la receta salga distinta. Y las variaciones en una receta implican un resultado diferente; es como poner un kilo de pimienta en vez de un kilo de azúcar: puede que el plato siga teniendo buen sabor, pero sin duda es distinto del que esperabas.

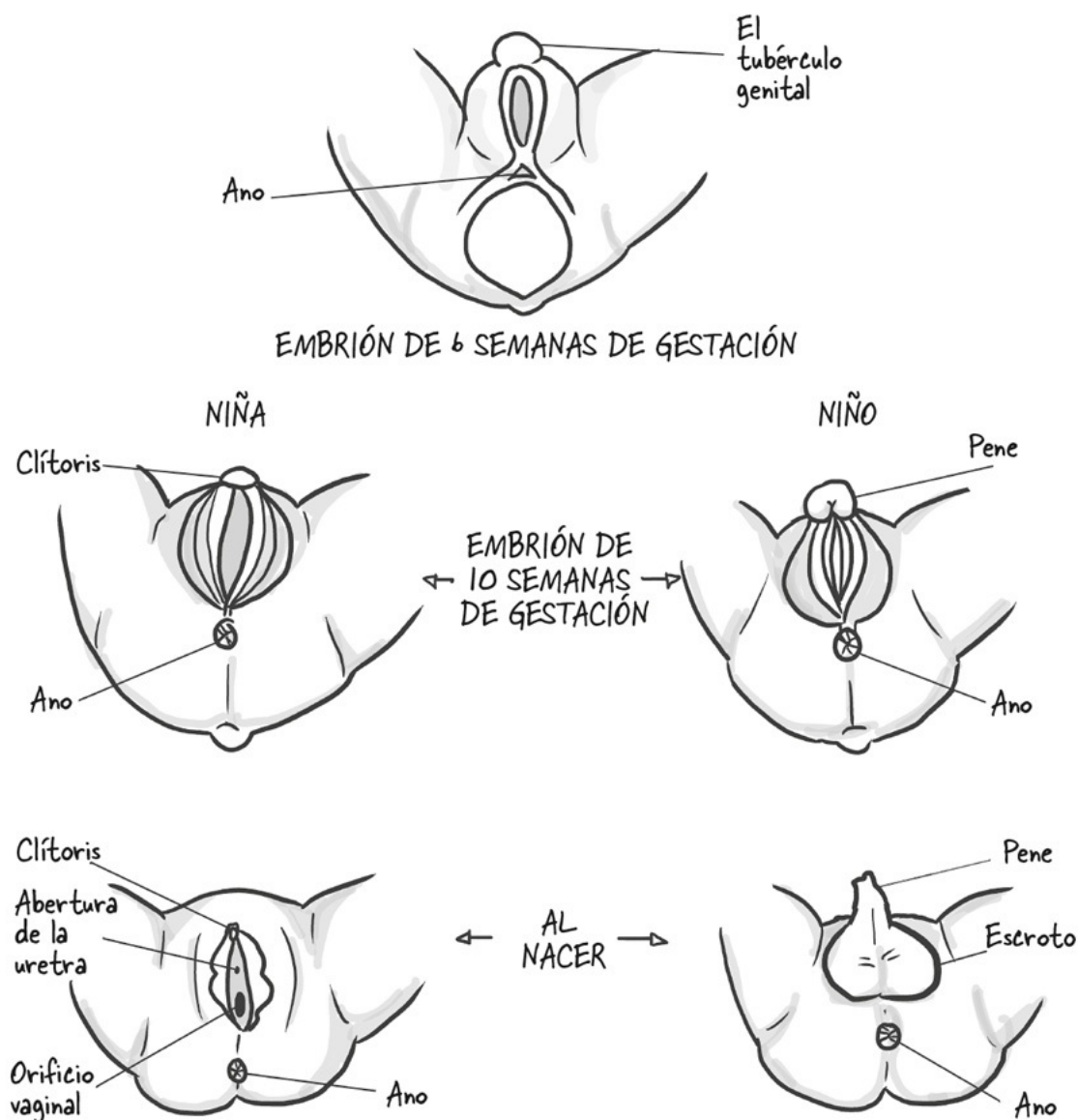
De hecho, se puede nacer con un número demasiado elevado o demasiado bajo de cromosomas sexuales. ¿Cuál será el género entonces? ¿Qué género es X, XXX o XXY? Es una buena pregunta. Como imaginarás, el YY no existe, ya que dos espermatozoides no pueden crear un hijo juntos.

Para llegar al fondo de la cuestión tenemos que hablar un poco acerca de cómo se desarrollan los órganos sexuales, y para este fin es conveniente introducir el segundo aspecto de género: el género físico.

El género físico: el cuerpo y los órganos sexuales

Hasta ahora hemos visto que el óvulo y el espermatozoide se unen y, si no ocurre nada fuera de lo común, dan lugar a la receta XX o la XY, las cuales corresponden a mujer u hombre. No obstante, los embriones de niño y niña no se distinguen desde el principio. Al comienzo son idénticos, sea cual sea su combinación cromosómica. El embrión tiene como punto de partida unos genitales neutros, con el potencial de convertirse en órganos sexuales femeninos y masculinos; así pues, sus órganos sexuales internos pueden convertirse tanto en testículos como en ovarios.

Para simplificar nos centraremos en los órganos sexuales externos, que en la fase inicial presentan este aspecto:



En el primer dibujo de los genitales habrás visto el tubérculo genital. Parece un minipene, ¿no? ¿O quizá un clítoris? De hecho, el tubérculo genital puede convertirse en ambas cosas.

Para que los genitales neutros del embrión se desarrollen como órganos sexuales masculinos, todo debe ir según lo previsto durante unos pocos días críticos de la fase inicial del embarazo. El embrión deberá estar bajo el efecto de hormonas sexuales masculinas en un momento determinado. La hormona más importante en este proceso es la testosterona. Solo se produce testosterona si el embrión tiene un cromosoma Y. Si este embrión con cromosoma Y no se ve expuesto a la testosterona, por lo general debido a una mutación en uno o más genes del embrión masculino, los genitales se forman automáticamente como una vulva. Entonces tendremos un niño genético con órganos sexuales de niña.

En otras palabras, todos los embriones están dotados de vulva a menos que llegue una contraorden. Algunos hombres creen que esto significa, de alguna manera, que ellos tienen algo extra y que las mujeres son más básicas, un poco como una camiseta blanca comparada con un estiloso top de fiesta. Sin embargo, es un hecho que puede

interpretarse como se quiera. Igualmente se puede afirmar que la mujer es el género primero y fundamental, mientras que ellos son una variante, el segundo sexo. No, espera... que por lo visto eso lo era la mujer.

Mira la ilustración sobre el desarrollo del género. Como ya hemos dicho, el pequeño brote de la parte superior de los genitales del embrión, el tubérculo genital, puede convertirse en un pene o un clítoris. Si sabes algo sobre el pene y has leído el apartado que hemos dedicado al clítoris, tal vez habrás llegado a la conclusión de que tienen mucho en común.

Esto es especialmente importante para las mujeres angustiadas por el tamaño del glande del clítoris. Se nos ha presentado la imagen del clítoris como un mono botoncito, pero es del todo normal que sus partes externas sobresalgan bastante, ¡lo cual no significa que seas un hombre! El clítoris tiene diferentes tamaños, al igual que los penes, que pueden medir de 7 a 20 centímetros. Un pene más corto no convierte al hombre en una mujer.

Pero volvamos al embrión. La uretra del hombre se fusiona con el pene, mientras que la de la mujer se convierte en un órgano separado. A cada lado del pene-clítoris en desarrollo se forman pliegues, que se convierten en el escroto en el caso del hombre o bien en labio mayor, es decir, en los labios genitales externos. Para convertirse en escroto, los pliegues deben unirse en el medio. Para convertirse en labios genitales no necesitan unirse, sino tan solo crecer un poquito.

Si no nos crees cuando afirmamos que los órganos sexuales externos del hombre se parecen mucho a los nuestros, echa un buen vistazo entre las piernas al próximo que veas desnudo. Observarás que el escroto está dividido en dos por una línea fina, como una costura. Y, atención, ¡sí, es una costura! Es el lugar donde los labios genitales se fundieron y se transformaron en escroto. El pene no es más que un clítoris descomunal con uretra incorporada. Por lo tanto, si te lo imaginas más pequeño, con la uretra un poco desplazada hacia abajo y el escroto dividido en dos, consigues una especie de vulva.

¡Uau! Es bastante chulo, pero no vayas a cortar a tu novio ni a otros hombres. Necesitan el escroto, pues es el lugar que alberga los testículos. No obstante, los cirujanos proceden más o menos de esa manera en las operaciones de reasignación de sexo para convertir un cuerpo masculino en femenino; volveremos a esto en breve.

Retomemos ahora el tema de la mutación cromosómica. Todo lo que carezca del cromosoma Y se convierte en mujer físicamente, mientras que todo lo que tenga el cromosoma Y se ve afectado por la testosterona, de modo que el embrión será un hombre físicamente. O será exterminado, como en el popular cómic *Y: el último hombre* (2002). No, qué va. Se trata de casos teóricos, pero si un embrión tiene el código X o XXX, tendrá un libro de cocina que dice «mujer». Si tiene Y o XXY, tendrá una receta que indique un desarrollo masculino. Pero, al igual que ocurre con otros libros de cocina, el resultado no siempre será el descrito en la receta. Es posible

desarrollarse como una mujer desde el punto de vista físico, aunque genéticamente se sea un hombre, ¡y viceversa!

Algunos embriones que son hombres genéticos pueden tener dificultades a la hora de responder a la testosterona producida por el cuerpo. Sin esta hormona se convierten en mujeres por fuera, con vulva en vez de pene y escroto. Existen varios grados dentro de este fenómeno. Algunas personas nacen sin útero y con testículos en la entrepierna, en vez de ovarios en el vientre, aunque tengan vulva. También es posible nacer con órganos sexuales externos situados a medio camino entre el complejo pene-escroto (los genitales masculinos) y la vulva.

Cada año nacen niños que llevan a la matrona a rascarse la cabeza cuando los padres le preguntan por el sexo de la criatura. Lo cierto es que no puede responderles con seguridad. Este tipo de diagnósticos puede denominarse «intersexo» o «intergénero^[10-2]». «Intersexo» significa, simple y llanamente, «entre sexos».

El caso que hemos descrito antes, sin correspondencia entre el género genético y los órganos sexuales externos, es una forma de intersexualidad. Por lo tanto, la intersexualidad puede ser muchas cosas. Es posible que los genitales externos no se correspondan con el género o que los externos y los internos pertenezcan a géneros diferentes o a ambos géneros. El Hospital General de Oslo y el Universitario Haukeland de Bergen tienen la responsabilidad de estudiar y tratar a los niños que nacen con este tipo de situaciones.

A muchos niños nacidos con intersexo se les somete a cirugía, y ha llegado el momento de que impartamos una triste clase de historia. En el pasado, a los nacidos con órganos sexuales externos poco definidos se les operaba para que fueran niñas. En primer lugar, se juzgaba correcto porque el género se consideraba subordinado a la educación: si se educaba al niño como de un género determinado, este llegaría a sentirse de ese género. Si se le daban muñecas y ropa rosa al niño, ya estaba todo hecho. Nacido así o educado así y todo ese rollo.

En segundo lugar, a los cirujanos les parecía más fácil obtener un buen resultado creando una vulva que un pene y un escroto. Naturalmente, eran varones y opinaban que no era posible disfrutar de una vida plena con un pene pequeño funcionando a medias, mientras que una vulva que funcionara a medias no constituía ningún problema para las mujeres. Al fin y al cabo, el sexo era más importante para los hombres. En consecuencia, se crearon niñas físicas a partir de bebés que genética y psicológicamente eran niños. Se destruyeron muchas vidas de esta manera.

En 1999 el Hospital General de Oslo abandonó esta práctica. En la actualidad los médicos realizan exámenes más exhaustivos para determinar el género, de modo que es probable que el niño acabe con un cuerpo del género adecuado después de la intervención quirúrgica. Ya no se le opera en cuanto nace, sino que se dedica un tiempo a examinarlo. Esto ha dado buen resultado. El catedrático Trond Diseth, del Hospital General de Oslo, afirma que con este cambio de práctica no ha habido casos de niños que hayan adquirido un género equivocado^[38].

Este tipo de tratamientos suscita polémica. Muchos opinan que no se debe operar a estos niños bajo ningún concepto, sino dejar que sean ellos quienes decidan qué quieren hacer cuando alcancen la mayoría de edad. De entrada consideran errónea la idea de que todo el mundo deba ajustarse a la casilla de chico o chica. ¿Por qué no está bien ser algo intermedio? ¿Por qué no podemos educar a nuestros hijos no como «él» o «ella», sino como «elle» y dejar que sean ellos quienes, con el tiempo, averigüen su propia identidad sexual? Esto nos lleva al tercer aspecto del género, a saber, el psicológico.

El género psicológico: lo que tiene que ver con la identidad

El género psicológico es más difícil de explicar desde la perspectiva de la biología, ya que tiene que ver con la identidad, con lo que pensamos sobre nosotros mismos y sobre quiénes somos. Se trata de algo personal, y tú eres la única persona que puede saber lo que es correcto para ti.

Pasamos por alto muchas cosas importantes por pensar demasiado en lo que es «común». Para la mayoría los tres factores que determinan el género apuntan a uno solo. Nos sentimos mujeres, tenemos genitales femeninos y nuestros genes confirman que somos mujeres. No obstante, el hecho de que la mayoría lo viva de una manera determinada no implica que todos lo hagan, y esta es una lección que la humanidad necesita reaprender constantemente.

Cuando tu hijo dice que es una niña, solo quiere ponerse vestidos y destrona el juego de trenes o el fútbol por la colección de Barbies de su hermana mayor, es fácil afirmar que se trata tan solo de una fase. Sin embargo, no tiene por qué serlo. No está escrito en ningún sitio que debas ser «femenina» o que deban gustarte más las muñecas que el fútbol por ser una chica. El género psicológico no es lo mismo que la personalidad y no tiene que basarse en los roles sexuales tradicionales. En cualquier caso, se puede tener un género psicológico distinto del genital y del genético. Con frecuencia aplicamos el término «trans» o la expresión «nacido en el cuerpo equivocado» a personas que tienen un género distinto del que indican su cuerpo y sus genes.

Entonces ¿qué quiere decir «trans»? Proviene del latín y significa «a través de», «al otro lado» o «cambio», como en «trastocar». Se aplica a las personas que se identifican con un género diferente del genético o físico que tienen asignado. También pueden autodenominarse trans si no se identifican con un género determinado, pues no todo el mundo necesita semejante etiqueta. A menudo trans se marca con un asterisco, como trans*, para mostrar que se trata de un término de sentido amplio, que abarca muchas cosas. Por ejemplo, es bueno preguntar a una

persona trans o transgénero cómo prefiere que se la llame: ¿él, ella, *elle* u otra cosa? No tienes por qué saberlo de antemano, de modo que pregúntalo en caso de duda.

Quienes no son trans se denominan «cis», palabra que también proviene del latín y significa lo contrario de «traspasar»; implica «mantenerse en este lado».

Una mujer transgénero es una mujer que ha nacido con cuerpo de hombre. Tal vez quiera modificar su cuerpo para que haya correspondencia entre el género físico y el psicológico. Un hombre transgénero es una persona que ha nacido con cuerpo de mujer pero que se identifica como hombre.

Muchas personas transgénero saben desde la niñez que pertenecen al género que su cuerpo no tiene. Esto puede resultar aterrador para muchos padres, igual que resultan aterradoras muchas otras cosas desconocidas. Por ello es importante hablar de los trans y difundir la información. Si alguien sospecha que su hijo ha nacido «en el cuerpo equivocado», puede llevarlo a un hospital para una evaluación. Con el tiempo, si se considera relevante, es posible que el niño reciba tratamiento de reasignación de sexo con hormonas e intervenciones quirúrgicas.

Afortunadamente, la mayoría de la gente empieza a acostumbrarse a lo trans, con frecuencia a través de la cultura popular. Entre quienes han puesto la transexualidad en el candelero se cuentan la actriz Laverne Cox, de *Orange is the New Black* (2013), y la famosa Caitlyn Jenner, del clan Kardashian. En Noruega ha recibido mucha atención la serie *Jentene pa Toten*, que se traduciría como algo parecido a «Las chicas de Tótem», y varias personas noruegas trans participan de manera activa en los debates sociales. La conocida Esben Ester Pirelli Benestad, que tiene una relación fluctuante con el concepto de género y prefiere el calificativo *elle*, y, en fechas más recientes, el hombre trans Luca Dalen Espseth, figuran entre los personajes noruegos que muestran a los niños y jóvenes noruegos que no están solos en lo que se refiere a la transexualidad.

Resumiendo

Existen (al menos) tres factores que determinan el género al que pertenecemos y aquí hemos hablado de los géneros genético, físico y psicológico. El género no es una cuestión de o blanco o negro. Podemos presentar una mutación cromosómica que impida que tengamos la habitual combinación de cromosomas XX o XY, o bien podemos padecer una variación genética que haga que nos ubiquemos entre hombre y mujer en el desarrollo físico de nuestros órganos sexuales. También es posible que el género psicológico difiera del genital y del genético. En otras palabras, el género no es un tema tan sencillo como puede parecer. Esperamos que este repaso haya despertado tu curiosidad y te haya abierto un poco más al mosaico de posibilidades que brinda el género.

El flujo vaginal, la regla y otras porquerías

La vagina, al igual que otros orificios corporales, es una salida y no solo un lugar donde pueden introducirse cosas. De ella salen bebés berreantes, sangre, secreciones y guarrerías varias. Esto da pie a enormes alegrías, a meteduras de pata y a la posibilidad de descubrir si algo va mal ahí abajo. Luego están las hormonas, o sea, los mensajes químicos que lo dirigen todo. Es hora de hablar de las partes menos palpables de los bajos.

La ducha vaginal y el olor a almeja

Flujo. Saborea un poco la palabra. Despierta asociaciones con tsunamis y con ríos marrones repletos de cocodrilos en una selva tropical. Conocemos el flujo vaginal como la mancha transparente, lechosa o amarillenta que se convierte en visitante habitual de nuestras braguitas después de la pubertad. Es lo que ensucia las bragas. Tal vez no resulte raro que no sea nuestro tema de conversación más frecuente o que evitemos mencionarlo en voz alta. De alguna manera, parece algo un poco desagradable y sucio. Al mismo tiempo, a los hombres les brillan los ojos al pensar en unos bajos húmedos. Entonces ¿qué es el flujo? ¿Hay diferentes tipos de humedad ahí abajo? ¿Y por qué debería preocuparnos el flujo?

Dejémoslo claro de entrada: las chicas sanas que han llegado a la pubertad manchan de flujo las bragas. Todos los días. El flujo es un líquido que se filtra constantemente por la vagina desde el principio de la pubertad, cuando los órganos sexuales empiezan a estar bajo el efecto de la hormona estrógeno. Parte del flujo proviene de las glándulas del cuello uterino. La vagina en sí carece de glándulas, pero a través de sus paredes vaginales se filtra bastante líquido, que se mezcla con el del cuello uterino y con el de las glándulas del orificio vaginal, entre otras, las de Bartolino.

Por lo general se filtra entre media y una cucharadita de flujo al día, pero la cantidad varía de una mujer a otra y a lo largo del ciclo^[39]. Muchas mujeres que usan anticonceptivos hormonales, y sobre todo las embarazadas, presentan más flujo. Por otro lado, la consistencia de este también varía: puede ser fluido o bien espeso y filiforme, e incluso recordar a la clara del huevo justo antes de la ovulación.

El flujo no es solo algo normal, sino una necesidad. Procura que la vagina sea un conducto que se limpie solo. Su objetivo es mantenerla aseada y expulsar invitados no deseados, como hongos y bacterias, así como las células muertas de la superficie de la membrana mucosa. Además, normalmente contiene un montón de bacterias beneficiosas del ácido láctico, los llamados «lactobacilos». Estos producen (sí, lo has adivinado) ácido láctico, que proporciona al flujo un sabor y un olor un tanto ácidos.

Lo más importante es que el ácido láctico genera un pH bajo, esencial para que la vagina goce de buena salud. A la mayoría de las bacterias que provocan enfermedades no le van bien los ambientes ácidos. Además, las bacterias del ácido láctico evitarán que posibles bacterias patógenas encuentren las condiciones adecuadas para proliferar, ya que todas luchan por el mismo sustento y por ocupar el mismo lugar. La consecuencia es que se evitan infecciones. En pocas palabras: el flujo mantiene sanos los bajos.

Al mismo tiempo, lubrica las membranas mucosas, que así conservan la humedad. Las membranas mucosas secas se agrietan con facilidad, y entonces los

problemas no tardan en aparecer. Imagina cómo sería tu boca sin saliva. Sin flujo, la membrana mucosa de la vagina se agrieta y pueden producirse pequeñas heridas. El sexo se convierte en una pesadilla. Además, aumenta la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual debido a que la barrera externa del cuerpo está lesionada. En definitiva, el flujo no es algo sucio que debe eliminarse de la vagina, sino un importante aliado.

El problema es que a la gente le parece desagradable, como si el flujo fuera señal de suciedad o falta de higiene. Pocas chicas dejan tiradas las bragas usadas a la vista en el cuarto de baño. En algunos entornos se llega al extremo de considerar necesario limpiar la vagina para eliminar el flujo. Si has visto series y películas americanas quizá te hayas preguntado por la procedencia del insulto *douchebag* («gilipollas»), palabra que alude a un irrigador de ducha vaginal. Nina lo ignoraba antes de mudarse a Estados Unidos. Compró un jabón íntimo en el supermercado y lo dejó en la ducha común del piso que compartía. Al cabo de un tiempo, una compañera de estudios le sugirió entre risas que lo guardara, pues corría el rumor de que la noruega usaba un *douchebag*.

«¿*Douchebag*?», preguntó Nina desconcertada. Enseguida le contaron que todos pensaban que usaba una especie de globo para introducirse agua con jabón perfumado en la vagina, por lo visto una práctica habitual entre prostitutas y muchas otras mujeres. Nina explicó que se trataba de un jabón íntimo normal, con un pH 3,5 y todo eso, pero pronto desistió de intentar convencer a sus compañeras. Las chicas buenas no debían, por nada del mundo, llamar la atención sobre la necesidad de lavarse los bajos de vez en cuando. Era tabú admitir que una se lavaba los bajos, como si esto pudiese desvelar el gran secreto sobre el flujo. Nina dejó el envase en la ducha.

Los bajos se sienten mejor con agua caliente y jabones íntimos suaves. No debes lavártelos con jabón normal, pues las membranas mucosas son vulnerables y se secan e irritan con facilidad. A menudo el picor y el escozor que puedes experimentar en la zona es consecuencia del uso de productos demasiado fuertes o de que te lavas demasiado. En todo caso, no se debe irrigar la vagina. De hecho, esta práctica puede aumentar la posibilidad de contraer infecciones.

Entonces ¿por qué las mujeres sienten la necesidad de lavarse la vagina? Sin duda en numerosos casos tiene que ver con el olor. A muchas mujeres con las que hemos hablado les preocupa tener un olor «normal» en los bajos. Cuentan que les angustia pensar que sus compañeros de trabajo puedan llegar a percibir el olor de su sexo si están sentados a su lado en una reunión, o que se niegan a que sus compañeros sexuales les practiquen sexo oral, por temor a que les resulte repugnante.

Unos bajos saludables huelen. Simplemente es así. El flujo reciente tiene un olor y un sabor un tanto acres debido al ácido láctico que contiene. Por otro lado, estamos provistas de glándulas sudoríparas en las ingles y en la vulva. Los pantalones ajustados, las braguitas sintéticas y las piernas cruzadas contribuyen a que se genere

calor en la entrepierna. En el transcurso de una larga jornada la zona suda bastante, como es natural. La combinación de un día entero de flujo, sudor y unas gotitas de orina ocasiona olores.

En Noruega, entre amigas usamos la palabra *discomus* («ratón de discoteca») para describir el olor característico de los bajos tras una noche en una pista de baile o incluso después de realizar ejercicio en el gimnasio. El también llamado «olor a almeja». En realidad, no huele mal; tan solo es un olor intenso.



El olor y la cantidad del flujo pueden variar con el ciclo menstrual. Parece ser que nuestras hormonas sexuales afectan a la capacidad de eliminar una sustancia maloliente denominada «trimetilamina». Este compuesto puede proporcionar el clásico olor a pescado podrido. Se ha comprobado que la capacidad de eliminarlo se reduce a menos del 60-70 por ciento en mujeres sanas justo antes y durante la regla^[40]. Esto explicaría por qué incluso las mujeres saludables notan olor a almeja en los bajos durante la regla.

El olor de los genitales es una de las cosas más íntimas que tenemos. Como ya has visto, es normal que huelan un poco, sobre todo al final de un día largo, pero no deben oler mal por norma general. El mal olor puede ser un síntoma de infección, y es un buen motivo para ir al médico. Si te has asegurado de que los malos olores no se deben a una infección, te aconsejamos que lleves pantalones sueltos o falda, te cambies de ropa interior durante el día y procures tener una higiene normal (¡que no exagerada!).

Como comprenderás, el flujo está estrechamente relacionado con el bienestar de los bajos. Por lo tanto, si estás atenta te dará información sobre lo que pasa ahí. El

flujo puede cambiar debido a una infección o a un desequilibrio en la flora vaginal, pero también se producen grandes cambios durante el ciclo menstrual normal.

Dicho de otro modo: es importante que conozcas bien el olor, el color y la consistencia de tu flujo. Algunas mujeres tienen muy poco, mientras que otras tienen tanto que deben cambiarse de braguitas a lo largo del día. Tanto lo uno como lo otro puede ser normal. Lo importante es que sepas qué es lo normal en tu caso. Así te darás cuenta de cuándo algo va mal y debes ir al médico, y además sabrás en qué fase del ciclo menstrual te encuentras. Hemos elaborado una guía sobre el flujo para ayudarte un poco:

Flujo que requiere un examen médico

- Abundante flujo líquido y grisáceo con olor a pescado: puede indicar vaginosis bacteriana, es decir, un desequilibrio en la flora normal de la vagina.
- Flujo blanco, pastoso y grumoso, con olor normal: puede indicar una infección por hongos.
- Aumento de la cantidad de flujo, a menudo de color amarillento y blanco: puede indicar gonorrea o bien infección por clamidia o micoplasma. La gonorrea suele ocasionar un flujo más verdoso y amarillento que la clamidia y el micoplasma.
- Abundante flujo líquido, espumoso, de color amarillo verdoso, con mal olor: puede indicar tricomoniasis^[12-1].
- Abundante flujo blanquecino, a veces granuloso, con olor normal: puede indicar una sobreproducción de lactobacilos, sobre todo si además hay picor y dolor genital.
- Flujo con restos de sangre —pequeñas manchas de sangre marrón, rosada u oscura— cuando no se tiene la regla: puede deberse a una infección de transmisión sexual o a cambios celulares en el cuello uterino. Cualquier sangrado inexplicable es motivo de visita al médico.

Cambios comunes en el flujo que no deben causar preocupación

- Flujo espeso como una clara de huevo, que se estira entre los dedos: la ovulación está a la vuelta de la esquina.

- Mayor cantidad de flujo con el olor, el color y la consistencia de siempre: los anticonceptivos hormonales o el embarazo pueden ser la causa.

La regla: cómo sangrar sin morir

Viene más o menos una vez al mes. En algunas ocasiones es dolorosa, en otras, vergonzosa y sorprendente, pero por lo general va bien. Aunque podríamos vivir perfectamente sin sangrar por la vagina todos los meses, la regla puede ser un gran alivio en algunas situaciones: por suerte esta vez tampoco estás embarazada.

La regla ocupa una gran parte de nuestra vida. Si te viene una vez al mes y te dura cinco días, tienes hasta 60 días de menstruación al año. Si la tienes durante 40 años, habrás tenido 2400 días de regla a lo largo de la vida, ¡más de seis años y medio! Como comprenderás, deberíamos hablar mucho más del período, sobre todo porque presenta una serie de desafíos desagradables como el síndrome premenstrual (SPM), situaciones embarazosas y fuertes dolores.

Si bien estos desafíos pueden ser bastante desagradables, hoy en día los problemas de las mujeres son mínimos comparados con los que experimentaban nuestras antepasadas antes de que la humanidad inventase los tampones, la copa menstrual, las compresas y los analgésicos. Las mujeres confeccionaban compresas de algodón o las hacían a ganchillo. Tras cada uso las hervían y las tendían a secar.

En cualquier caso, la regla sigue siendo un gran desafío en otras partes del mundo. El SPM palidece cuando oyes hablar de chicas que tienen que dejar el colegio a causa de la menstruación o que usan trapos sucios y contraen infecciones porque no tienen acceso a productos de usar y tirar, corrientes en otras partes del mundo. La regla es un impedimento, muchas veces ignorado, para conseguir la igualdad de género real en todo el mundo. Piénsalo la próxima vez que compres tampones en una tienda.

Centrémonos en el sangrado. La mayoría sabe que la sangre está ligada a la fertilidad. La regla deja constancia de que tienes un ciclo interior y de que el cuerpo puede albergar un niño, pero ¿qué sangra en realidad y dónde está la herida? ¿Por qué el color de la regla alterna entre el marrón y el rojo? ¿Y por qué aparecen grumos?

El sangrado se produce porque el útero, que estaba preparado para albergar un óvulo fecundado, no ha recibido ninguno. El útero se prepara para el embarazo aumentando el grosor del endometrio, es decir, la membrana mucosa que recubre su pared interna. El óvulo fecundado debe adherirse en la membrana mucosa, que alimentará al pequeño ser en desarrollo suministrándole sangre de la madre. Cuando no aparece ningún óvulo para implantarse, el cuerpo no necesita la gruesa capa de membrana mucosa, que en consecuencia se expulsa mediante el sangrado. Por eso la regla tiene una consistencia viscosa. Algunos grumos no son más que fragmentos de la membrana mucosa. Así pues, no se trata de sangre fresca que mane de una herida abierta.

Muchas mujeres se preocupan al advertir cambios en el color o la consistencia de la menstruación. Sin embargo, tan normal es que la sangre sea roja y fresca como marrón y grumosa. El color y la consistencia pueden variar de un ciclo a otro, o incluso de un día a otro, puesto que la sangre se coagula. Esto quiere decir que cambia de color y consistencia al salir de las venas. La sangre fresca es roja y líquida. Por lo tanto, cuando la regla es muy fluida y de un intenso color rojo, significa que la sangre se ha trasladado con rapidez por el útero, sin que le haya dado tiempo a coagularse. En cambio, la sangre marrón y coagulada no es tan reciente. Si el sangrado es abundante, suele ser más fresca, porque al útero le resulta más fácil expulsarla. Si tienes un sangrado escaso, es posible que la sangre permanezca más tiempo en el útero y se coagule, pero el cuerpo acabará expulsándola igualmente. La sangre no se acumula en tu interior.

La regla no es algo antihigiénico ni peligroso. Está formada por sangre y moco. Tú decides cómo afrontarla. No hay ningún problema en que tengas relaciones sexuales con la menstruación, pero recuerda que debes usar anticonceptivos. La regla no protege del embarazo, de los contagios ni de las infecciones de transmisión sexual.

Ahora que sabes qué es la regla, tal vez comprendas por qué normalmente no sangramos durante el embarazo. La regla está constituida por la membrana mucosa que reviste el interior del útero, el hogar potencial del óvulo fecundado. Como es lógico, cuando estamos embarazadas queremos aferrarnos a esta membrana mucosa para que ni ella ni el niño sean expulsados. Una hormona denominada «progesterona», sobre la que en breve sabrás más, nos ayuda a mantener la membrana mucosa en su sitio.

Espera un momento. Ya sabes lo que es la regla, pero ¿de verdad la necesitamos? Quizá te hayas dado cuenta de que las hembras de la mayoría de los animales no sangran cada mes. Muchos creen que las perras en celo tienen la regla, pero este tipo de sangrado es distinto. Las perras sangran por la vagina cuando ovulan y pueden quedarse preñadas; la sangre no procede del útero como en nuestro caso. De hecho, la regla es una rareza que compartimos con un par de especies de monos emparentadas con los humanos y con otras criaturas extrañas, entre ellas un tipo de murciélago. En otras palabras, la regla no es necesaria para tener descendencia.

Es realmente un rollo. ¿Por qué nos toca gastar nuestra energía en producir una membrana mucosa cada mes, una y otra vez, solo para acabar expulsándola? ¿Qué pasa, Darwin?

Tal vez te sonarán los conceptos de evolución y selección natural. A lo largo de la historia de las especies, los individuos con rasgos genéticos casuales que constituyen una ventaja han dado continuidad a sus genes con mayor éxito. En consecuencia, esos rasgos prevalecen en las generaciones siguientes. Los seres humanos y los animales han evolucionado a lo largo de los milenios. A diferencia de la mayoría de los otros mamíferos, los seres humanos acabamos teniendo la regla. ¿Significa esto que la regla representa una ventaja para nosotras? La bióloga Deena Emera afirma que no.

Su teoría es que la regla no es en sí una ventaja heredada, sino un efecto secundario heredado^[41].

La regla —sostiene Emera— es un efecto secundario relacionado con una capacidad heredada que no notamos en la vida cotidiana. La capacidad consiste en lo que podríamos llamar «el crecimiento espontáneo de la membrana mucosa^[13-1]». Como ya sabes, la membrana mucosa del útero crece para albergar y alimentar a un óvulo fecundado. En los animales que no tienen la regla, la membrana mucosa solo aumenta cuando hay un óvulo fecundado. Es decir, en respuesta a la llamada de socorro del óvulo fecundado, el cuerpo de la madre construye una membrana mucosa para acoger al óvulo. En los seres humanos es distinto. En nuestro caso, la membrana mucosa crece espontáneamente cada mes, sin que haya ningún óvulo fecundado, y este hecho constituye una ventaja para nosotras.

El ser humano, como otras especies que menstrúan, expulsa el endometrio cuando este no recibe un óvulo fecundado, ya que mantener un tejido que no se necesita tiene unos costes. De ahí la regla, que puede entenderse como un efecto secundario del crecimiento espontáneo del endometrio. Los animales que no experimentan este crecimiento espontáneo carecen de tejido sobrante del que deshacerse; por lo tanto, no tienen la regla como efecto secundario. Aumentan el tamaño de la membrana mucosa uterina solo cuando es necesario.

Entonces ¿qué ventaja ofrece el crecimiento espontáneo de la membrana mucosa? Las teorías de Emera parten de la idea de que la madre y el embrión no siempre tienen intereses comunes. De hecho, es posible que a lo largo de la evolución lleven mucho tiempo enfrascados en una carrera armamentística en la que el embrión desarrolla características que le den acceso a un mayor número de recursos de la madre. Esta, por su parte, desarrolla otras para preservar los recursos que ella misma necesita para sobrevivir.

Con esto como telón de fondo, Emera presenta dos teorías sobre por qué el crecimiento del endometrio es una ventaja para el ser humano.

Una de las teorías es que el crecimiento de la membrana mucosa uterina protege contra un embrión agresivo e invasor, y, sí, lo has adivinado: el de las especies que menstrúan es especialmente agresivo en comparación con el de especies sin menstruación. No tiene escrúpulos. Entra a la fuerza y a toda leche, como un parásito, en el cuerpo de la madre. Puesto que el ser humano ha producido una capa adicional de membrana mucosa uterina con antelación, esta ofrece una extraordinaria protección contra el embrión invasor. Es como si la madre hubiese preparado un escudo para disponer de un mayor control de los recursos a los que tiene acceso el embrión y de los que debe guardar para sí misma.

La segunda teoría es que la madre puede calibrar la calidad del embrión cuando el óvulo fecundado se implanta en la membrana mucosa preparada. Como descubrirás más adelante en este libro, no todos los óvulos fecundados acaban siendo bebés, ni mucho menos. Un gran número de embriones sufren abortos espontáneos en una

etapa muy temprana debido a mutaciones genéticas. Sería una tontería que una madre gastase energía en sacar adelante un embrión que no es viable. Si lo descubre a través de la membrana mucosa uterina, se ahorrará una valiosa energía al deshacerse de él en una fase temprana.

Lo beneficioso de la regla no es la regla en sí, sino el crecimiento espontáneo del endometrio, que tiene a la regla como efecto secundario. No necesitamos que la membrana mucosa crezca todos los meses, sino solo en caso de embarazo. Muchas creen que el sangrado es importante, que la menstruación es saludable. No es cierto. Si no fuera por el crecimiento mensual de la membrana mucosa, la regla no tendría ningún sentido. Es un efecto secundario y no es saludable en sí. No implica más que una pérdida mensual de sangre.

Como señaló la periodista Lone Frank en un artículo sobre la investigación de Emera, el ser humano moderno es muy distinto del que desarrolló las menstruaciones mensuales hace cientos de miles de años^[42]. Mientras que las mujeres modernas experimentan unos 500 ciclos en el transcurso de su vida, las primitivas solo tenían unos 100. ¿Por qué? Pues porque, a falta de anticonceptivos fiables, se pasaron gran parte de su vida embarazadas o amamantando.

Saltarse la regla con ayuda de anticonceptivos no es más antinatural para nosotras que renunciar a un par de niños extra. Hoy en día tenemos la posibilidad de decidir si queremos tener hijos y cuántos queremos tener. La regla en sí misma carece de valor biológico para las mujeres modernas.

Hay un montón de mitos relacionados con la regla, y sobre todo se habla mucho de cómo limita tus actividades, pero ¿qué significa la regla en tu vida cotidiana? ¿Hay algo que debas evitar cuando la tienes? Por ejemplo, ¿tu profesor de yoga tiene derecho a desaconsejarte las posturas invertidas en el momento de menstruación más abundante?

Preguntamos a un profesor de yoga por qué desaconsejan hacerlas durante la regla. «No es bueno que la sangre regrese al vientre», dijo. De alguna manera, tiene razón. Por lo visto, cuando se tiene la regla no es inusual que pasen pequeñas cantidades de sangre menstrual por las trompas uterinas y al vientre. Bien lo saben los agobiados cirujanos que encuentran sangre en el vientre de mujeres que están menstruando durante una intervención quirúrgica, sin que haya lesión alguna que sangre. Que conste que no es peligroso que la sangre menstrual entre en el vientre. El cuerpo lo arregla con rapidez.

También se cree que ciertas actividades, como, por ejemplo, hacer el pino, pueden causar un sangrado mayor, pero no es cierto. La regla es la expulsión del endometrio. La membrana mucosa uterina ni aumenta ni disminuye si te pones cabeza abajo, corres o tienes relaciones sexuales. Durante la regla, mediante el sangrado se expulsa únicamente tejido endometrial. No obstante, el grosor de la pared uterina puede variar de una vez a otra, y por consiguiente también varía la cantidad expulsada.

A menos que sientas dolores o molestias al realizar alguna actividad determinada, puedes hacer lo que quieras cuando tienes la regla: hacer el pino, correr una maratón, bañarte o mantener relaciones sexuales; depende de ti. Muchas opinan incluso que la actividad física calma los dolores menstruales.

Pero ¿es cierto que el sexo no aumenta el sangrado? Cuando escribimos este apartado en una cafetería de Oslo, las dos recordamos haber oído contar a nuestras amigas historias de sangrados espectaculares y traumáticos que literalmente las pillaron en bragas. En brazos de un hombre al que acababan de conocer, tuvieron el flujo sanguíneo más abundante de su vida. En un caso, el amante, aterrado, despertó a la chica en un charco de sangre, pues no sabía si estaba viva o muerta. «¡Oye! ¡Oyeee! ¿Llamo al 112?» El incidente ocurrió en casa de él y las sábanas eran blancas. En el otro caso, el inesperado sangrado empezó en medio del acto, que acabó con una escena más propia de un matadero o de una película gore de 1972. ¿Qué demonios pasó? Teníamos que averiguarlo.

Resulta que no existe una explicación definitiva a esos sangrados monstruosos, pero hay varias teorías que podrían cuadrar si tenemos unos conocimientos básicos del funcionamiento del cuerpo.

A la primera la denominamos «teoría de los calambres». Como ya sabes, las contracciones musculares del útero permiten la expulsión de la regla, pero la regla no es lo único que puede causar calambres. A veces los calambres uterinos no vienen mal. Por ejemplo, los del orgasmo, el clímax sexual durante el cual los bajos al completo, incluido el útero, se contraen en maravillosas olas. Es probable que un orgasmo arranque un sangrado menstrual que está a la vuelta de la esquina.

La otra teoría es la de las hormonas. Durante las relaciones sexuales, el cuerpo segrega una hormona llamada «oxitocina». Con frecuencia se la denomina «la hormona del amor» y desempeña un papel importante en una serie de procesos del cuerpo. Entre otras cosas, ayuda a provocar el parto. La oxitocina estimula las contracciones, por lo que se trata de un elemento bastante potente. Por si el orgasmo no fuese suficiente, es probable que la oxitocina ayudara al útero a contraerse, con lo que se expulsaría la sangre.

Una tercera explicación sería la presencia en la vagina de sangre menstrual, que no saldría hasta que se abrieran «las compuertas» con el coito. Como tal vez recuerdes, la vagina tiene muchos pliegues, donde puede acumularse la sangre. Además, en estado de relajación no es un conducto abierto, sino un conducto comprimido, que tiene pegadas las paredes anterior y posterior.

Desde principios de la década de los setenta circula un mito agradable: las mujeres que llevan mucho tiempo viviendo bajo el mismo techo tienen la regla a la vez. Así pues, nuestros cuerpos tendrían una especie de capacidad telepática que nos uniría en el antojo de chocolate y en el dolor. Un psicólogo de Harvard afirmó haber demostrado este hecho tras estudiar el ciclo menstrual de alumnas de una universidad estadounidense que compartían *dorm*, es decir, residencia de estudiantes^[43]. Los

investigadores evolucionistas abrazaron la teoría y sostuvieron que era bueno que las mujeres ovularan y tuvieran la regla todas al mismo tiempo, pues así los hombres no se sentirían tentados de ir de mujer en mujer y preferirían crear relaciones de pareja estables^[44]. Por lo visto, hasta el 80 por ciento de las mujeres creen en el mito de la regla sincronizada^[45].

Por muy entrañable que suene, las investigaciones más recientes indican que nos han engañado. Estudios sobre parejas lesbianas^[46], compañeras de estudio chinas^[47] y mujeres de África occidental que se juntan en cabañas menstruales no han mostrado ninguna sincronización^[48]. Si parece que las reglas se coordinan se debe más bien a que la duración del ciclo varía mucho de una mujer a otra. Si tu mejor amiga y tú menstruáis en las mismas fechas, lo más probable es que se trate de una casualidad y no, lamentablemente, de un signo de que tenéis un vínculo especial.

¡No menstrúes en el sofá! Sobre compresas, tampones y copas menstruales

El sangrado en sí no tiene por qué impedirte hacer nada. Para las mujeres de países industrializados, los problemas relacionados con la regla son las molestias añadidas que acarrea. Es algo que debemos agradecer al fácil acceso a los productos de higiene, que no se da en todas partes.

Los productos de higiene íntima más habituales son los de usar y tirar, es decir, las compresas y los tampones. En los últimos años muchas mujeres han optado por la copa menstrual, por diversas razones, entre otras la economía, el medio ambiente y la comodidad. Tú elige lo que prefieras. Es una cuestión de gustos y de circunstancias.

Las mujeres hemos usado diferentes tipos de compresas desde que salimos a gatas de la cuna de la civilización. Una descripción muy temprana (y graciosa) de una compresa procede de una anécdota de la primera matemática conocida. La griega Hipatia, que vivió alrededor del año 400 d. C., se hartó de un molesto admirador y le tiró su paño manchado de sangre a fin de desalentarlo^[49]. No se sabe si eso funcionó o no.

Las compresas modernas se fijan a la braguita por la parte inferior, que es autoadhesiva, y absorben el líquido menstrual a medida que sale de la vagina. Las hay de distintos tamaños, desde los minúsculos salvaslips diseñados para los tangas a las enormes y suaves compresas nocturnas. Lo bueno de utilizar compresas, en comparación con los tampones, es que no propician el crecimiento bacteriano en la vagina. Por consiguiente, se recomienda su uso cuando el riesgo de infecciones se considera especialmente alto; es decir, en los casos en que a las bacterias les resulta más fácil trasladarse al útero por estar más abierto, por ejemplo, justo después de introducir un DIU, o tras un aborto o un parto.

El tampón es un objeto pequeño con forma de cartucho y confeccionado de material absorbente, que se inserta en la vagina cuando se tiene la regla. La ventaja de tener la protección menstrual en el interior de la vagina es que puede resultar más fácil la práctica de ejercicio, en especial la natación. Si bien la palabra procede del francés *tampion*, que significa «tapón», no retienen la sangre en la vagina, sino que la acumulan y absorben. No se trata de un invento reciente, aunque no siempre han venido en envases de plástico individuales. Las mujeres del antiguo Egipto se introducían en la vagina papiro ablandado como protección menstrual.

Hoy en día se venden tampones de diferentes tamaños, con y sin aplicador. El tamaño dependerá de la cantidad de regla. No merece la pena usar los más grandes para evitar cambios frecuentes. Hay que cambiarlos a menudo; en general se recomienda mantenerlos en la vagina entre tres y ocho horas. Para impedir el crecimiento bacteriano es importante lavarse bien las manos antes de cambiarlos.

A lo largo de los años hemos oído bastantes historias relacionadas con los tampones. Las clásicas serían, por ejemplo, la de introducir dos tampones a la vez y la de «perder» uno dentro de la vagina. «Socorro —piensan muchas—. ¡El tampón me va a desaparecer dentro del cuerpo!». Pero es un mito que los tampones puedan trasladarse al interior del vientre, al igual que eso de que las lentes de contacto pueden penetrar en el cerebro a través del ojo si no tenemos cuidado. Como ya sabes, la vagina es prácticamente un conducto sellado. El minúsculo canal que atraviesa el cuello del útero hacia su interior es tan estrecho que ni el tampón más pequeño podría pasar por él. El cuello uterino no es una compuerta abierta, de modo que nada puede perderse en el vientre a través de la vagina. Sin embargo, sorprende la de cosas que pueden ocultarse en los recovecos de la vagina, y por eso los tampones están provistos de un cordón para retirarlos.

Si sospechas que se te ha quedado un tampón dentro de la vagina, intenta hacer presión para que salga. Siéntate en cuclillas y aumenta la presión en el abdomen como si fueses a hacer caca. Usa los dedos para tantearlo. Puesto que la vagina no mide más de 7 centímetros, en condicionales normales tendrías que ser capaz de sacarlo tú misma. Si no puedes retirarlo, debes acudir sin demora al médico de cabecera. Todo lo que entra en la vagina debe salir. No te preocupes, no serás la primera que acuda a la consulta del médico con ese problema.

La copa menstrual es un producto de higiene que no absorbe la sangre, sino que la acumula. Es un recipiente de silicona suave que se introduce plegado en la vagina. Una vez dentro, se despliega y la abertura queda orientada hacia el cuello uterino, para recoger la sangre. El borde de la copa hace presión contra la pared vaginal, y así se mantiene fija. Dado que no es un producto de usar y tirar, la higiene resulta especialmente importante. Se debe vaciar, enjuagar y, si se quiere, lavar con un suave jabón íntimo cada doce horas. Se recomienda hervirla entre regla y regla para eliminar las bacterias.

La primera ventaja de la copa menstrual es que puedes usarla más tiempo seguido que los tampones. Además, permite hacer ejercicio y nadar, puesto que está colocada en el interior de la vagina. Puedes usar la misma copa menstrual durante años, hasta diez, lo que con el tiempo la convierte en una opción barata y ecológica. Una copa menstrual puede sustituir a miles de tampones y compresas que irían directamente a la basura no reciclable.

Por cierto, seguramente te habrán prevenido contra el uso del tampón. En los envases hay un pequeño folleto que advierte de algo aterrador: el Síndrome del Shock Tóxico (SST), también llamado «la enfermedad del tampón». ¿De verdad el uso de tampones puede provocar una enfermedad grave?

El SST es una forma de infección bacteriana que ataca a todo el cuerpo. El uso de tampones supone un factor de riesgo para el desarrollo del SST porque dentro de la vagina el tampón, caliente y repleto de sangre, constituye una morada atractiva para las bacterias. Si no eres cuidadosa con la higiene al introducirlo y luego lo dejas en la

vagina demasiado tiempo, puedes tener muy mala suerte. Por eso se aconseja no dejar los tampones más de ocho horas. Las bacterias necesitan tiempo para multiplicarse y penetrar en el cuerpo, por lo que el riesgo existe, ante todo, si olvidas que llevas un tampón en la vagina. El uso habitual del tampón no entraña ningún peligro.

Si contraes el SST, notarás que algo va mal. Los síntomas pueden ser fiebre alta, erupciones cutáneas, dolor de garganta, vómitos, diarrea y desorientación. Te encontrarás fatal. En general, siempre hay que prestar atención a los síntomas de enfermedad fuertes e inesperados. Si crees que tienes el SST, es importante que acudas cuanto antes al médico, ya que la infección empeora con el tiempo y puede avanzar muy rápidamente. En el peor de los casos, puede resultar mortal.

El hecho de que el SST esté relacionado con el uso de tampones no significa que estos sean peligrosos. El SST es grave, pero también es una enfermedad muy infrecuente. La proporción de casos debidos al uso de tampones ha descendido de forma significativa después de que se retiraran del mercado los de alta absorción. En la actualidad, solo la mitad de los casos están relacionados con la menstruación. También puede contraerse el SST a causa de infecciones graves y tras una operación. En otras palabras, se puede contraer sin usar tampones, e incluso pueden padecerlo los hombres. Por lo tanto, seguramente la enfermedad del tampón no sea el nombre más adecuado^[50].

En cuanto al SST en relación con la copa menstrual, se sabe poco de momento, pues no se ha investigado lo suficiente. La copa menstrual es un producto relativamente nuevo. Hasta ahora, en todo el mundo se ha detectado al menos un caso de SST relacionado con la copa menstrual^[51]. Por consiguiente, no sabemos si esta es mejor o peor que los tampones por lo que se refiere al SST. En cualquier caso, ¡un buen consejo es ser siempre cuidadosa con la higiene!

El SPM: el síndrome de pesar y martirio

La pregunta «¿Tienes la regla o qué?» es una técnica de dominación muy frecuente. En ocasiones, es más fácil tachar a las mujeres de incompetentes, de hormonales y de tener mala leche que tomarnos en serio. La técnica menstrual no es solo una manera sexista de denigrarnos, sino que además es errónea desde el punto de vista fisiológico. Errores como ese deben subsanarse en nombre de la cultura general. Si van a emplearse técnicas de dominación chungas, al menos que la base sea correcta. Como tal vez hayas notado en tu propio cuerpo, no es durante los días de la regla cuando más te afecta psicológicamente el ciclo menstrual. Los problemas comienzan antes de la regla. Hablamos, por supuesto, del conocido, aunque apenas definido, SPM.

El SPM, o síndrome premenstrual (es decir, síndrome antes de la menstruación), tal vez sea una mierda, pero en general se puede vivir con él. Aunque cause algunos problemas, no es motivo para meterse con las mujeres. No tenemos mala leche, ni somos incompetentes u «hormonales» por tener un ciclo menstrual. Está claro que hay gente desagradable y poco seria, independientemente del género con el que se identifique; no tenemos que decir al respecto. Sin embargo, hablamos de algo diferente.

El SPM es una denominación común para todo tipo de molestias que aparecen en los días anteriores a la regla. Abarca casi cualquier molestia física y psicológica, como dolores, irritabilidad, flatulencia, cambios de humor, llanto, angustia, granos, etc. La lista es larga. Algunas experimentan un empeoramiento de las afecciones que padecen, como la migraña, la epilepsia o el asma. Las molestias aparecen en la fase del ciclo menstrual que se encuentra entre la ovulación y la regla; es la fase premenstrual o fase lútea. Cuando por fin viene la regla, se alivia la presión y las molestias desaparecen en los primeros días del sangrado.

No existe ningún examen específico para el diagnóstico del SPM. El médico no verá que lo padeces cuando, por ejemplo, te realice un examen ginecológico. Esto dificulta el diagnóstico. Tu propia percepción de las molestias determinará si lo tienes o no, aunque las molestias leves antes de la regla no son suficientes para diagnosticarlo. Resulta que casi todas las mujeres sufren molestias leves los días anteriores a la regla, pero eso no significa que por el simple hecho de tener cuerpo de mujer padezcas una enfermedad. Hasta el 80-95 por ciento padecen molestias leves parecidas a las del SPM los días anteriores a la regla^[52].

Por lo tanto, para que te diagnostiquen el SPM los síntomas deben tener cierta intensidad. Deben ser tan agudos que te incapaciten física o psicológicamente en tu vida diaria. Como es lógico, la intensidad que deben presentar las molestias para incapacitar a una persona es algo subjetivo. Hay que contar con tener algunas

molestias, pero existe un límite. A algunas mujeres las incapacitan por completo, y no debería ser así. Además de ser intensas, las molestias deben aparecer en la mayor parte de los ciclos; es decir, tienes que experimentarlas antes de casi cada regla. Por otro lado, deben iniciarse y cesar en los momentos característicos del SPM: comenzarán en la fase premenstrual y desaparecerán con la llegada de la regla. Alrededor del 20-30 por ciento de las mujeres presenta síntomas propios de una forma leve o moderada de SPM^[52-1].

Por lo general las mujeres con molestias más intensas reciben otro diagnóstico que precisa requisitos más estrictos que el del SPM, aunque en realidad se trate de los mismos síntomas. Nos referimos al TDPM, trastorno disfórico premenstrual, en el que las molestias han pasado de llevaderas a insoportables. Afecta al 3-8 por ciento de las mujeres^[53]. Existe asimismo el diagnóstico de depresión premenstrual. Algunas mujeres presentan síntomas graves de depresión en cada ciclo, como pensamientos suicidas, lo que, evidentemente, puede resultar peligroso. Los tres diagnósticos se entremezclan en cierta medida.

Aunque tenemos la regla desde la pubertad a la menopausia, por lo general no se padece el SPM tanto tiempo. Lo más habitual es que los síntomas se presenten a principios de la veintena. Por lo tanto, la mayoría tiene la regla durante años sin sufrir las molestias del SPM antes de que estas aparezcan gradualmente. También es habitual que las molestias se intensifiquen con el tiempo, por lo que muchas no acuden al médico hasta cumplidos los 30 o los 40^[54].

No conocemos la causa del SPM. Las teorías apuntan a todo, desde un aumento de la sensibilidad debido a los cambios hormonales hasta causas neurológicas o incluso culturales^[52-2]. Todas las mujeres experimentan cambios hormonales durante el ciclo, pero se ignora por qué unas padecen el SPM o el TDPM y otras no sienten ninguna molestia. Quizá se averigüe con el tiempo.

La gran mayoría no necesita tomar fármacos por el SPM, y la parte más importante del tratamiento consiste en no patologizar los síntomas leves que probablemente se deban a cambios hormonales naturales. Como ya hemos dicho, la mayoría tiene molestias leves. Por lo general se puede vivir con el SPM y existen opciones para las que experimentan molestias insoportables.

En las que presentan molestias intensas, los tratamientos se dirigen a cada síntoma en concreto y pueden ser muy distintos. Si te deprimes o tienes problemas de angustia no recibes el mismo tratamiento que las que experimentan dolores intensos. En algunos casos los anticonceptivos hormonales con estrógenos pueden ayudar, para saltarse la regla. En las que padecen principalmente problemas psíquicos pueden ser útiles los antidepresivos. Las que tienen dolores toman analgésicos.

Volvamos a los que recurren a las técnicas de dominación sexistas cuando se dirigen a las mujeres. Pienses lo que pienses, las mujeres con SPM no pierden las facultades mentales ni la capacidad de reaccionar de forma racional los días anteriores a la regla. Y si quieres ser un capullo a toda costa y hacer comentarios

sobre el momento del ciclo menstrual en que se encuentran las mujeres para usarlos contra ellas, debes saber que no se diría: «¿Tienes la regla o qué?», sino: «¿Vas a tener la regla dentro de unos días o qué?». No suena igual de bien, pero para insultar a alguien es importante tener ciertos conocimientos fisiológicos.

La rueda eterna: las hormonas y el ciclo menstrual

Cada mes, la mayoría de las mujeres en edad fértil pasan por un ciclo interior determinado por las hormonas. Hablamos del ciclo menstrual. La mayoría sabe algo sobre eso: en algún momento aparece un óvulo; podemos quedarnos embarazadas si mantenemos relaciones sexuales en el momento adecuado (o inadecuado); la regla significa que no lo estamos.

¿De verdad necesitamos saber más? Hemos visto a estudiantes de medicina cerrar de golpe el libro al llegar al apartado sobre el ciclo menstrual, así que ¿por qué vas a molestarte en leer sobre eso? En primer lugar, porque resulta útil; en segundo lugar, porque es bastante emocionante; y, en tercer lugar, porque prometemos hacerlo mucho más comprensible que los autores de los típicos libros de texto.

Si todo el mundo hubiese tenido un conocimiento mayor de cómo funcionan los diminutos mensajeros químicos denominados «hormonas» que nos conducen a través del ciclo menstrual, habría sido más fácil comprender un montón de otras cuestiones que cualquier mujer debería tener en cuenta en su vida diaria. Nos preguntan sin cesar sobre todo esto en nuestro blog: ¿cómo funcionan los anticonceptivos hormonales? ¿Qué diablos es la ventana de fertilidad? ¿Cuándo ocurre? ¿Qué controla la menstruación? ¿Qué mecanismo subyace en las distintas afecciones de la mujer?

Hormonas: las sustancias que llevan el timón

Acabamos el apartado de los genitales internos con las trompas de Falopio y las hormonas que se producen ahí: el estrógeno y la progesterona, las hormonas femeninas. Ha llegado el momento de proceder a una descripción más detallada.

Últimamente el estrógeno ha adquirido una mala reputación que no merece. Solo oímos hablar de cambios de humor, de los riesgos de trombosis y de cáncer de mama, entre otras cosas aterradoras. Sin embargo, el estrógeno es una hormona maravillosa. Es responsable de todo lo que relacionamos con la feminidad: las tetas, el culo, las caderas; el estrógeno está detrás de todo eso. Mantiene la humedad y el grosor de la pared vaginal para que el sexo resulte agradable y permite que el útero pueda albergar a un niño. Además, impide el crecimiento de la barba y los granos. De hecho, las mujeres transgénero pueden emplear un tratamiento de estrógenos para modificar la distribución de la grasa corporal, de modo que pase de ser típicamente masculina a femenina. Fuera barrigón, adelante tetas y caderas. Es increíble lo que puede hacer esta pequeña hormona.

Si se te da bien el inglés, tal vez deduzcas el cometido de la progesterona, que procede de *progesterone*. «Pro» significa «a favor de» y *gestation*, «embarazo». Por lo tanto, progesterona significa, «a favor del embarazo». Necesitamos mucha

progesterona cuando el cuerpo se prepara para recibir un óvulo fecundado, lo que ocurre todos los meses. La progesterona impide que el útero se contraiga y expulse un posible óvulo fecundado. Además, gracias a ella la membrana mucosa del útero resulta un lugar superagradable donde hospedarse, con abundante sangre y mucosa de las glándulas para nutrir a nuestro futuro retoño.

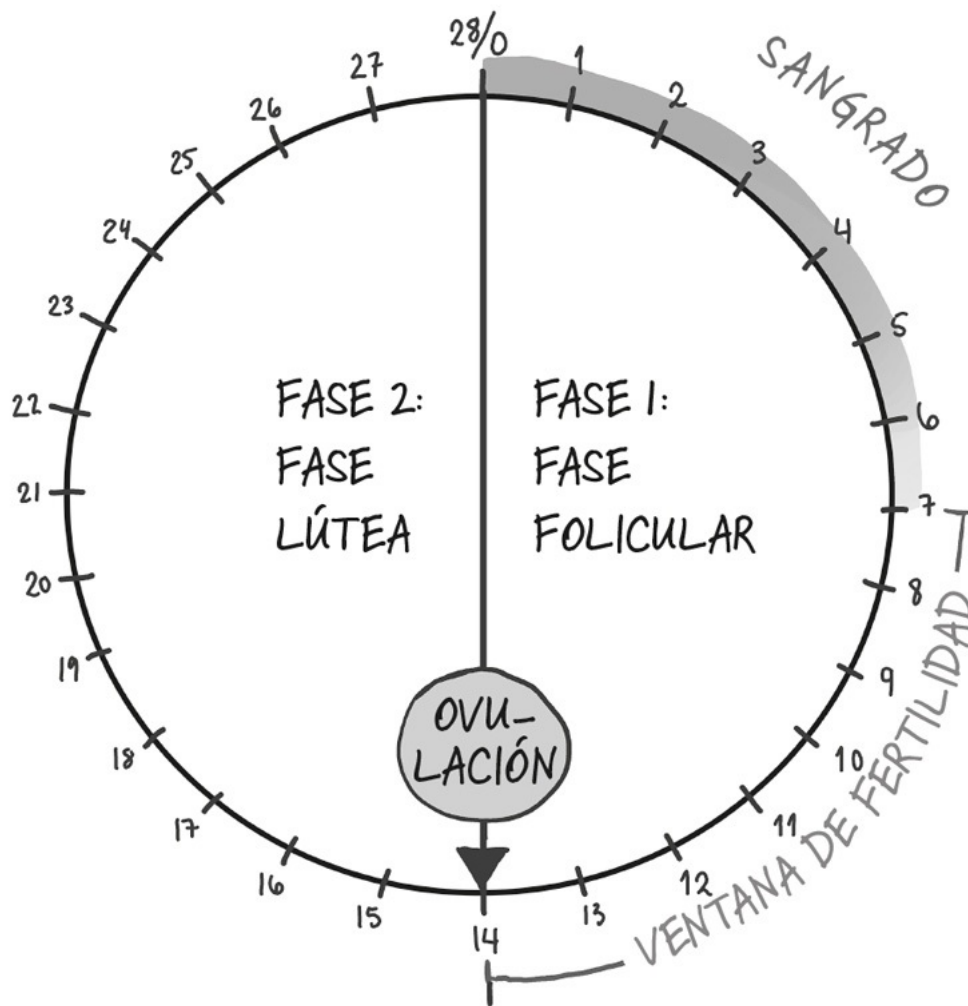
Necesitamos otras dos hormonas para impulsar el ciclo menstrual. Proceden de una estructura cerebral del tamaño de un guisante, con forma de bolsa, que se denomina «hipófisis». Cuando decimos con forma de bolsa queremos decir con forma de escroto, no de flamante monedero. Al fin y al cabo, somos sexblogueras.

Las dos hormonas sexuales del cerebro son la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). En pocas palabras: la FSH se encarga de la maduración del óvulo. Su nombre se debe a que el óvulo se encuentra en un cúmulo de células llamado folículo. La LH es más conocida por iniciar la ovulación. De hecho, el cerebro masculino produce exactamente las mismas hormonas que, sin embargo, por una vez, han recibido su nombre por la función que desempeñan en el cuerpo femenino. No es habitual en el mundo de la medicina, por lo que nos parece especialmente fantástico.

Hasta ahora, todo bien. Una vez conocidas las hormonas que, al fin y al cabo, son las estrellas del espectáculo, ha llegado el momento de adentrarnos en lo que es el ciclo en sí.

El ciclo menstrual: ¡28 días una vez, y otra, y otra más!

Para comprender el ciclo menstrual es útil dibujar una línea temporal en forma de círculo. Si bien la duración del ciclo varía de una mujer a otra y también en la misma mujer, empleamos un modelo de 28 días para simplificar, porque 28 se divide justo en cuatro semanas. La duración normal del ciclo va de 23 a 35 días.



La parte superior del círculo marca el inicio de un nuevo ciclo y, al mismo tiempo, el fin del anterior. Por eso en este punto se ponen un 0, para indicar que comenzamos de nuevo, y un 28, para señalar que corresponde al día 28 y al cierre del ciclo anterior. Por lo tanto, el principio de un ciclo es a su vez el fin de otro ciclo. ¡El ciclo menstrual es una rueda eterna!

A muchas les resulta difícil comprenderlo. ¿Cómo es posible que coincidan el inicio y el final? Resulta más fácil de entender si comparamos el ciclo menstrual con algo que conocemos bien, pues con el reloj ocurre lo mismo cuando pasamos de un día a otro.

Al llegar las doce de la noche, la hora en un reloj digital es tanto las 24.00, es decir, la última hora del día que se deja atrás, como las 00.00, o sea, un comienzo. El reloj pasa de un día al siguiente y en la medianoche nos encontramos a la vez en ambos días. No hay ningún espacio temporal entre los dos, y lo mismo ocurre con el ciclo menstrual.

Es fácil detectar el inicio de un nuevo ciclo, pues es cuando empiezas a sangrar. La regla puede durar hasta una semana, es decir, los primeros siete días del ciclo.

Para guardar un orden suele dividirse el ciclo menstrual en dos fases. Cuando comienzas un ciclo menstrual, te encuentras en la denominada «fase folicular». Es el momento en que un folículo que contiene un óvulo madura y se prepara para la

ovulación. Alrededor del día 14, señalado en la parte inferior del círculo, se produce la ovulación, lo que marca la transición a la fase II, denominada «fase lútea». Hemos llegado a la mitad del ciclo. Las próximas dos semanas, hasta el día 28, transcurren sin que suceda nada significativo. Como ya sabes, transcurridos los 28 días estamos de vuelta en el cero. Comienza otro ciclo.

Complicuémoslo un poco más imaginándonos que el ciclo dura 30 días. Entonces la ovulación ocurre alrededor del día 16. ¿Qué? Tal vez te preguntes: ¿por qué no el día 15? Al fin y al cabo, 30 dividido entre 2 es 15. La explicación es que casi siempre pasan 14 días entre la ovulación y el primer día de la siguiente regla. Es el tiempo que necesita el cuerpo para darse cuenta de si hay embarazo o no. Los ciclos mayores o menores de 28 días afectan sobre todo a la duración del período, más que a la ovulación. De hecho, si tienes un ciclo muy corto es posible que coincidan la ovulación y la regla, pero jamás ovularás el primer día de la regla. Si tienes un ciclo irregular, el primer día de la menstruación es el único día en que sabes a ciencia cierta que no estás ovulando.

Ahora que tenemos una perspectiva general, pasemos a lo realmente interesante, o sea, al baile de las hormonas a lo largo del ciclo. Empezamos en la parte superior del círculo. Ha llegado la regla y estamos en el primer día de la fase I, también conocida como «fase folicular». No solo hay acción dentro del útero, sino que también ocurren cosas en las trompas uterinas y en el escroto cerebral, más conocido como «hipófisis» o «glándula pituitaria». Mientras el útero se desprende de la membrana mucosa, así como de la esperanza de recibir un óvulo fecundado, la hipófisis comienza a segregar FSH. El cerebro nunca se rinde y durante la regla ya está preparando un nuevo óvulo y la próxima oportunidad de embarazo. Como recordarás, todos los óvulos se almacenan en los ovarios, en los llamados «folículos», que empiezan a crecer cuando le llega la FSH. Es a causa de la maduración folicular por lo que esta primera fase se denomina «fase folicular».

Los folículos crecen porque reciben FSH del cerebro, lo que a su vez provoca que empiecen a producir estrógeno. A medida que crecen y crecen, la cantidad de estrógeno en sangre asciende de manera brutal. A folículos más grandes, más estrógeno. Este estrógeno afecta a su vez a la membrana mucosa del útero, que aumenta. Al acabar el sangrado del útero, se inicia la reconstrucción. No hay tiempo para un período de luto. El útero es un canalla perseverante que jamás pierde la esperanza de recibir un óvulo fecundado, aunque casi todos los meses se lleve un chasco.

Mientras el folículo y la membrana mucosa del útero crecen, nos acercamos al día 14, el de la ovulación y la transición a la fase II. El folículo cambia de forma y se convierte en un globo grandote lleno de líquido. Un globo de agua a punto de estallar. En este momento el folículo envía gran cantidad de estrógeno, que alcanza niveles desorbitados en el cuerpo; esta es la señal que espera la hipófisis cerebral.

Como respuesta a la fuerte señal del estrógeno, la hipófisis empieza a producir LH, esto es, la hormona de la ovulación. No hablamos de dosis pequeñas: la cantidad de LH se dispara de repente. Si has intentado quedarte embarazada, es posible que conozcas la tremenda subida de la LH. Los test de ovulación la registran en la orina; por eso, cuando la ovulación marca positiva, sabes que se ha iniciado el ascenso de la LH y que la ovulación está a la vuelta de la esquina. El enorme torrente de LH provoca que el folículo responda inmolándose, de modo que el óvulo sale disparado de su capullo y, a continuación, del ovario. Durante un instante flota libremente fuera del ovario, hasta que en las trompas uterinas unos pequeños tentáculos denominados «fimbrias» lo recogen y lo envían de paseo por la trompa, hacia posibles espermatozoides. Estamos en mitad del ciclo menstrual y la ovulación es un hecho.

Es un buen momento para que nos tomemos un respiro y comentemos un par de cosas que no aprendimos en clase de ciencias naturales. Se refieren al óvulo. Seguramente recordarás la lucha o carrera heroica de los espermatozoides machotes que echan a nadar para fecundar al óvulo, que lo espera sin hacer nada...

Punto 1: El óvulo no está inmóvil. No se queda en la barra, nervioso, esperando a los espermatozoides. El óvulo es una diva y, como la mayoría de las divas, suele llegar tarde a la fiesta. Como verás en el apartado dedicado al embarazo, si quieres quedarte embarazada, el mejor momento para mantener relaciones sexuales son los días anteriores a la ovulación. El óvulo no es pasivo, en absoluto. Es incluso más activo que los espermatozoides. Estos no nadan hacia el óvulo; más bien es el óvulo el que se acerca bamboleándose a ellos, que lo esperan. Con frecuencia llevan días esperándolo...

Punto 2: Los óvulos libran una batalla tan heroica como la de los espermatozoides, pero, por alguna razón, no se habla de esto en el colegio. Las FSH no afectan a un solo óvulo-folículo cada mes. Como ya sabes, todos los meses crecen y maduran unos mil folículos, pero solo uno de los más grandes tiene el placer de reventarse para liberar su óvulo. El resto se marchita y muere sin tener la oportunidad de conocer a ningún espermatozoide. Tal vez pienses que lo de los mil folículos no suena a una competencia tan brutal como la que existe entre los espermatozoides: ¡estos tienen que nadar en una carrera en la que participan millones! Pues bien, recuerda que los hombres producen millones de espermatozoides cada día, mientras que nosotras, las mujeres, hemos nacido con los óvulos que tenemos. Y se agotan.

¿Por qué es tan natural presentar a los óvulos (de mujeres) como pasivos y a los espermatozoides (de hombres) como activos si no se corresponde con la realidad? Es algo que nos preguntamos.

Pero volvamos al ciclo menstrual. Estamos en la fase II, es decir, entre los días 15 y 28 de la línea temporal, o fase lútea. El óvulo acaba de desprenderse y la membrana mucosa del útero ha adquirido un gran espesor debido a todo el estrógeno de los folículos. En la fase II, la progesterona es la hormona estelar, mientras que en la fase I era el estrógeno el que causaba el crecimiento del endometrio. La progesterona se

produce a partir de los restos del folículo reventado que albergaba el óvulo antes de que este se desprendiera. Lo que queda del folículo cambia de forma y color y se convierte en una pequeña masa conocida como «cuerpo lúteo» o «cuerpo amarillo». Se llama «cuerpo amarillo» porque es amarillo. A veces es así de simple. En latín se denomina *corpus luteum*.

Como ya hemos dicho, progesterona significa «a favor del embarazo», de modo que el cuerpo realiza los últimos pasos a fin de prepararse para la unión del óvulo y el espermatozoide. La progesterona impide que el útero se contraiga para expulsar el endometrio, al tiempo que procura que sea un lugar agradable donde vivir.

Simultáneamente impide que la hipófisis produzca FSH y LH, es decir, las hormonas que favorecen el desarrollo de nuevos óvulos. ¡No hace falta que maduren más óvulos cuando se espera que haya un óvulo fecundado en camino! Es la progesterona del cuerpo amarillo la que bloquea la hipófisis de esta manera.

Como verás, por desgracia (para el cuerpo amarillo) la fase II del ciclo menstrual casi siempre acaba como la trágica historia de un suicidio. Hemos dicho que la progesterona del cuerpo amarillo impide que la hipófisis produzca FSH y LH, pero el problema es que el cuerpo amarillo necesita ambas hormonas para sobrevivir. O sea, el cuerpo amarillo impide la creación de su propio salvavidas y solo se salvará en caso de que haya una fecundación. Por lo tanto, suele ser víctima de su propia lucha altruista por mantener con vida al posible óvulo fecundado. Sin fecundación, se desvanece y muere, y con él desaparece la progesterona.

Con el cuerpo amarillo fuera de escena, ya no hay progesterona que impida a la hipófisis hacer lo que mejor se le da: producir hormonas. El nivel de FSH y LH vuelve a aumentar en la sangre, y los folículos del ovario empiezan a moverse de nuevo, listos para otra oportunidad de madurar, estallar y unirse al espermatozoide escogido. Sin la progesterona del cuerpo amarillo, nada protege al grueso endometrio ni impide que el útero se contraiga. Conocemos bien el resultado: la regla. Es el primer día de sangrado. Hemos vuelto a la parte superior del círculo. El ciclo ha acabado, pero otro ha comenzado ya.

¿Cuándo es posible quedarse embarazada?

Sobra decir que el sexo es necesario para quedarse embarazada de modo natural. En cuanto a lo demás, al parecer reina la incertidumbre. En un episodio de *Paradise Hotel*, un reality tipo *Gran Hermano*, surgió una animada discusión alrededor de la mesa del desayuno después de que dos de los participantes hubiesen mantenido relaciones sexuales sin protección: «Imagínate que se queda embarazada». Algunos afirmaban tajantemente que no pasaría nada porque la chica acababa de tener la regla; otros sostenían que justo después de la regla es el momento más fértil de las mujeres. La confusión era total y la solución consistió en anticonceptivos de emergencia patrocinados por el canal de televisión que emitía el programa. Las cosas relacionadas con el embarazo no son sencillas.

El embarazo es un punto de inflexión en la vida de las mujeres. Podemos pasar de temerlo e invertir bastante tiempo pensando en la mejor manera de evitarlo, a lamentarnos porque no sucede con la suficiente rapidez. Es lo peor y lo mejor que puede ocurrirnos dependiendo del momento de nuestra vida y de con quién estemos. Por lo tanto, tal vez parezca extraño que escribamos un apartado sobre el embarazo que satisfaga a ambos grupos, pero en realidad es algo muy sencillo. Saber cómo nos quedamos embarazadas es la mejor medicina tanto si quieres prevenir el embarazo como si quieres conseguirlo. Entonces ¿qué hace falta?

Empecemos con lo más obvio: no puedes quedarte embarazada practicando sexo anal u oral, ni sentada en un váter manchado de esperma (¡qué asco!). Es preciso tener sexo vaginal. A continuación, la cosa se complica un poco más.

Cuando el hombre tiene un orgasmo, millones de espermatozoides entran en la vagina de la mujer. La mayoría muere al cabo de poco tiempo, muchos de ellos por escurrirse al exterior después del coito o porque se pierden al nadar hacia algún oscuro recoveco. Muy pocos logran dar con la abertura del cuello uterino, y aun así todo dependerá de que lo consigan en el momento adecuado.

El caso es que la mayor parte del tiempo la abertura del cuello uterino está cerrada por un tapón de moco espeso y viscoso que el cuerpo crea en respuesta a los niveles de la hormona progesterona, elevados de forma natural. Dicho tapón se disuelve y abre el pasaje a la cavidad uterina únicamente alrededor del período en que se produce la ovulación. De hecho, es posible que lo notes en los días anteriores a la ovulación, ya que tu flujo se transforma y contiene hilos de moco elásticos. Este moco, parecido a la clara de huevo, puedes estirarlo entre los dedos; si te apetece hacerlo, verás que llega a alcanzar longitudes insospechadas.

Al acercarse la ovulación, el nivel de progesterona desciende y el cuerpo produce mayor cantidad de la hormona estrógeno. Este hace que el orificio cervical cree un líquido fluido y acuoso, en vez del moco viscoso, y posibilita que los

espermatozoides nadan hacia la cavidad uterina. Observarás que tu flujo se vuelve más líquido y lechoso. Eso significa que estás ovulando y que te encuentras en el momento más fértil.

Pongamos que mantienes relaciones sexuales sin protección en torno al período de ovulación, cuando el cuello uterino está abierto. Una pandilla de un par de cientos de espermatozoides ha conseguido entrar en el útero. Se pasarán entre dos y siete horas moviéndose por el útero para acceder a una de las trompas. En su avance contarán con la ayuda de los pequeños movimientos rítmicos del útero y las trompas, que crean olas que les permiten surfear hacia el interior. Deberán tomar una decisión importante sobre la dirección que han de seguir, ya que el óvulo casi siempre viene de un solo ovario cada vez. Ya dentro de la trompa, descansan a la espera de que aparezca el óvulo, que, como ya sabes, es la diva indiscutible de la fiesta y se hace esperar. Los espermatozoides suelen sobrevivir unas 48 horas en el útero, aunque se han encontrado espermatozoides vivos hasta siete días después del coito. ¡Son unos tíos pacientes!

Tras la ovulación, el óvulo baja bamboleándose por la trompa hacia los espermatozoides, que están expectantes. La fecundación se produce al unirse un espermatozoide y un óvulo en la trompa uterina para crear la fase inicial de un embrión, llamado «cigoto». A veces se liberan dos óvulos en la ovulación, de modo que se pueden tener gemelos bivitelinos, o mellizos. Ocurre con mayor frecuencia a medida que la mujer se hace mayor. Es hereditario, por lo que en algunas familias hay más mellizos. En raras ocasiones nacen gemelos univitelinos. Esto sucede cuando el cigoto se divide en dos inmediatamente después de la fecundación.

A las 24 horas de la fecundación, el óvulo fecundado sigue flotando por la trompa, aunque las células ya han empezado a dividirse. Sin embargo, no hay garantías de que te quedes embarazada. Para que se produzca el embarazo, el cúmulo de células debe ser capaz de trasladarse al útero e implantarse en el endometrio en el momento adecuado. Además, el cuerpo debe recibir la señal de que el cúmulo de células ha llegado, señal que el útero envía mediante la hormona hCG, la misma que se mide en los test de embarazo con orina. Esta hormona se ocupa de que el cuerpo amarillo, mencionado en el apartado anterior, sobreviva y continúe produciendo progesterona. Si esto no ocurre, el óvulo fecundado se eliminará con la próxima menstruación sin que hayas notado nada.

La implantación del cúmulo de células en la pared uterina tiene lugar entre siete y diez días después de la fecundación. Hasta ese momento no estás embarazada. Los nueve meses siguientes constituyen un viaje de tal envergadura que hemos decidido saltárnoslo. Al fin y al cabo, hay muchos libros sobre el embarazo que puedes leer.

Volvamos a nuestra pareja de *Paradise Hotel*. ¿Es probable que la mujer se quede embarazada si acaba de tener la regla? En un estudio realizado entre parejas que intentaban tener hijos, el embarazo solo tuvo lugar entre las que mantuvieron relaciones sexuales en un período de seis días alrededor de la ovulación: el día de esta

más los cinco anteriores^[55]. Las que mantuvieron relaciones sexuales el mismo día de la ovulación o el anterior presentaron un 30 por ciento de probabilidades de quedarse embarazadas. Cinco días antes de la ovulación consiguieron el embarazo alrededor del 10 por ciento.

Una proporción importante quedó en estado aun habiendo mantenido relaciones sexuales mucho antes de la ovulación. Como hemos dicho, los espermatozoides pueden sobrevivir hasta una semana en el útero antes de morir, por lo que en teoría el período de fertilidad se extiende desde siete días antes de la ovulación hasta un día después de esta; es decir, ocho en total. En otras palabras, tenemos una ventana de fertilidad de ocho días. La mayoría de nosotras no sabemos cuándo ovulamos. Por lo tanto, la clave para averiguar si la concursante de *Paradise Hotel* se encuentra en la zona de riesgo es determinar la extensión de su ciclo.

Como dijimos en el apartado dedicado al ciclo menstrual, en general la ovulación tiene lugar 14 días antes de la siguiente menstruación. Si tienes un ciclo totalmente estable de 28 días, siempre ovularás a mitad del ciclo, en el decimocuarto día, es decir, dos semanas después de la última regla. Dando por hecho la ventana de ocho días, eso significa que puedes quedarte embarazada entre los días 8 y 15 del ciclo.

Supongamos que la participante de *Paradise Hotel* tiene un ciclo estable de 28 días y la regla durante siete, es decir, del 1 al 7 del ciclo. Esto quiere decir que después de haber tenido la regla solo pasa un día, un único día, antes de tener la posibilidad de quedarse embarazada. A los cinco días de tener la regla hay una posibilidad significativa de quedarse embarazada.

Con un ciclo así, está claro que no será seguro mantener relaciones sexuales sin protección recién acabada la regla. Sí lo será durante la semana anterior al día en que espera la siguiente menstruación, entre el 21 y el 28. Por consiguiente, si no hubo un bebé en *Paradise Hotel* fue gracias a los anticonceptivos de emergencia o a la suerte.

Como solo puedes quedarte embarazada ocho días de cada ciclo, tal vez te parezca bastante fácil calcular cuáles son los días seguros, en los que no hay posibilidad de embarazo. El problema es que muy pocas mujeres tienen ciclos estables. Seguramente ya te hayas dado cuenta. Dado que nunca sabes si vas a ovular antes o después de lo normal, debes operar con una ventana de fertilidad más amplia. Si la ovulación se adelanta o se retrasa tan solo dos días, el área de inseguridad se ampliará a doce. Muchas tienen variaciones incluso mayores. Si además no quieres mantener relaciones teniendo la regla, dispones de solo unos pocos días en los que puedes tener sexo sin anticonceptivos con la certeza de que no te quedarás embarazada. En otras palabras, lo inteligente es usar anticonceptivos.

El sexo

Si hay algo que los seres humanos tenemos en común desde el principio de los tiempos es el sexo. La mayoría de nosotros tenemos y queremos tener sexo, tanto con nosotros mismos como con otros. Si no lo tuviésemos, no habría seres humanos en la tierra. Además, creemos que sin él la vida sería más aburrida. Constituye una de las actividades más naturales, hasta el punto de que la manera en que practicamos, ya sea heterosexual u homosexual, no se distingue mucho de la de otros animales.

La diferencia es que el ser humano es la única especie que se avergüenza de tener sexo. En general, nos escondemos para follar. Debido a este secretismo, el sexo está rodeado de incertidumbre. No sabemos qué hacen los demás, no sabemos si nuestros deseos son normales, no sabemos a ciencia cierta si lo hacemos bien. El sexo es, paradójicamente, una experiencia solitaria, aunque se trate de una actividad entre dos.

Al menos así ocurre en los tiernos comienzos de la vida sexual, en la pubertad.

Actualmente se escribe mucho sobre el sexo y tanto los chicos como las chicas pasan horas y horas viendo porno. Los vídeos sexuales se divulgan en las redes sociales, y los adolescentes utilizan Snapchat para enviar imágenes de penes erectos y pezones tiesos a gente con la que están enrollados. Algunos dirán que es evidente que vivimos en la sociedad más sexualizada de la historia.

Esto ha creado una extraña dualidad. Disponemos de un acceso extraordinario a fuentes de inspiración y conocimiento respecto a la excitación, el deseo y el cuerpo. La información se obtiene con solo pulsar unas teclas. Sin embargo, no parece que esta apertura nos haya proporcionado una mayor confianza, sino más bien todo lo contrario.

El caso es que se nos presenta una imagen idealizada. Los ideales del sexo se han elevado, mientras que la inseguridad sigue acompañándonos. Como en el pasado, queremos escondernos cuando nos excitamos, pero el entorno nos incita a compartirlo todo. Este contraste puede vivirse como algo sobrecogedor. La consecuencia, en nuestra opinión, es que muchas mujeres sienten que tienen poco deseo, unas relaciones sexuales muy poco emocionantes y muy pocos orgasmos.

Necesitamos una nueva comprensión de la realidad. En esta parte del libro queremos hablar de lo que consideramos una vida sexual normal. Como es lógico, con la palabra «normal» no queremos decir que lo que se salga de ahí esté mal o sea algo de lo que avergonzarse. Sencillamente no es lo que hace la mayoría. La sexualidad se manifiesta de mil maneras, y solo tú sabes lo que es correcto para ti. Esperamos contribuir a que se normalice la concepción del sexo y proporcionar algunos consejos para avanzar hacia una vida sexual satisfactoria y relajada.

La primera vez

Hay pocos momentos tan legendarios en la vida como «hacerlo», tener sexo por primera vez. Las expectativas acerca de tu actuación y la de tu pareja pueden ser desorbitadas, y es difícil imaginar qué nos espera.

Esto contribuye a que algunas personas se sientan decepcionadas consigo mismas o con su pareja en la primera relación sexual. ¿No tuviste un orgasmo? ¿Te resultó difícil realizar las posturas sobre las que habías leído? ¿El pene de tu novio se quedó flácido al cabo de diez segundos? ¿Ella no te tocó el clítoris?

Anímate. El sexo es como la mayoría de las cosas en la vida. No serás una experta antes de practicar, y tu compañero o compañera tampoco. Es importante tener claro que la primera vez no será perfecta, pero si rebajamos las expectativas puede ser una experiencia positiva. Al fin y al cabo, alguna vez tiene que ser la primera. Hemos reunido algo de información que puede ayudar a que la primera vez resulte lo mejor posible.

En la película *Just Bea* (2004) seguimos a un grupo de amigas que cursan primero en un instituto de Oslo. Bea es la única que todavía «no lo ha hecho». Como ritual del grupo de amigas, cuando una se incorpora a las filas de las que ya se lo han montado alguna vez, se come una porción de tarta de mazapán en una confitería. Bea, que tiene 16 años y 9 meses, siente que su existencia depende de si es capaz de echar un polvo. El pedazo de tarta de mazapán la llama desde el escaparate de la confitería.

Bea no es la única que piensa que «todos los demás lo han hecho» y que es urgente pasar por eso de una vez. Cuando aparecen estos pensamientos, puede ser buena idea poner algunos hechos sobre la mesa.

La edad media de la primera relación sexual entre las mujeres se sitúa en torno a los 17 años^[56], pero se trata de una media, no de una fecha límite. Algunas lo hacen antes y otras, después. De hecho, solo el 20 por ciento de los jóvenes se inician en el sexo antes de los 16. Es decir, cuatro de cada cinco jóvenes no han tenido relaciones sexuales cuando empiezan el primer año de bachillerato. En otras palabras, la porción de tarta no era algo tan urgente para Bea.

Aunque esté bien contar con una edad media como referencia, es importante recordar que la primera vez depende de ti y tu pareja. Estrénate cuando estés preparada, y lo estarás cuando tengas ganas (el deseo está en la cabeza) y estés excitada (eso está en el cuerpo). A veces la cabeza y el cuerpo no van a la par, y en ese caso quizá convenga esperar un poco. Las circunstancias en que nos ponemos cachondos varían de una persona a otra. Hay quienes se sienten preparados ya en secundaria, otros en el bachillerato, mientras que otros esperan hasta los 20, los 30 o más.

Muchas personas tienen sus primeras relaciones sexuales con un novio/a de su misma edad, aunque en este aspecto no hay reglas. Algunos lo hacen con un novio/a, otros, con un rollete de una noche, un amigo o una amiga. Algunos se lo montan en el dormitorio, otros, detrás de las letrinas durante un botellón de final de bachillerato. Ninguna opción es mala, siempre que les apetezca a todos los que participan en el juego.

Ten siempre presente que, aunque tu pareja y tú estéis calientes y queráis mantener relaciones sexuales de inmediato, sería bueno que eligierais un lugar donde no molestéis a los demás. Por ejemplo, no mola estar sentado al lado de una pareja que quiere montárselo en un avión. A Ellen le pasó en un vuelo a Nueva York y puede dar fe de ello. Que los tortolitos fingiesen no hablar ni noruego ni inglés cuando se notaba que eran de Kristiansand fue la gota que colmó el vaso. Muestra respeto. No hay que molestar a los demás.

Muchas se preguntan cuándo pueden decir que han tenido sexo y qué significa ser virgen. Por ejemplo, ¿es posible realizar algunos actos sexuales y seguir siéndolo? ¿Se es virgen si se ha practicado sexo anal pero no vaginal? ¿Qué ocurre con el sexo oral y la masturbación mutua? ¿Qué es lo que cuenta? ¿Qué es el sexo auténtico? No conocemos todas las respuestas, pero creemos que a la gente le gusta demasiado poner etiquetas. No hay sexo incorrecto y sexo correcto, y menos aún sexo auténtico y menos auténtico. Cada cual establece los límites de su vida sexual. La primera vez puede ser muchas cosas, dado que el sexo implica el sexo oral, los dedos, el sexo vaginal y el anal. Puedes disfrutar de un sexo fantástico sin recurrir a los tradicionales coitos vaginales. Sería absurdo afirmar que una lesbiana es virgen hasta que tiene relaciones vaginales con un hombre.

La mayoría de los jóvenes de hoy en día sabe más o menos lo que implica el sexo, no solo debido a la educación sexual, sino también porque han visto porno^[57]. A pesar de eso (¿o quizá debido a ello?), a muchos les preocupa no ser lo bastante hábiles antes de su debut. Se preguntan: ¿qué pasa si no soy lo bastante bueno/a? ¿Y si a él o a ella no le mola lo que hago?

Cuenta con que la primera vez será un lío. Hagas lo que hagas, no se parecerá a las pelis porno. Como el cine en general, el porno emplea efectos especiales para que las cosas parezcan distintas de la realidad y todo es ficticio. En definitiva, en la realidad no es posible hacer todo lo que ves en las películas porno, por más que se inspiren en algo real y lo tomen como punto de partida. Es comparable a la trilogía de *El hobbit*. En la realidad hay montañas, pero eso no significa que en su interior habiten dragones. Y si así fuera, seguramente no tendrían la voz de Benedict Cumberbatch.

Por otro lado, es importante recordar que los actores porno pueden considerarse deportistas de élite. Tienen práctica, por decirlo de alguna manera. Viendo al gran esquiador olímpico Kjetil Jansrud, las pruebas de descenso parecen pan comido, pero

seguramente te romperías el cuello si intentases imitarlo la primera vez que te pones los esquiés.

No pienses que estarás a la altura de Stoya, la conocida actriz porno. La primera vez no conseguirás realizar las posturas avanzadas del *Kamasutra*. Es probable que no lo logres jamás, y no pasa nada, pues no lo necesitas para tener buen sexo. Te sentirás muy torpe la primera vez, pero tiene que ser así. Es parte del encanto. Seguramente te parecerá que te sobran brazos o que te faltan piernas, pero con la práctica te resultará más fácil.

No solo es importante que rebajes las expectativas respecto a tu actuación. Recuerda que también debes darle una oportunidad a tu pareja. La primera vez no sabrá qué te gusta y es probable que esté tan nervioso o nerviosa como tú. En cualquier caso, tal vez valga la pena que habléis después, que hagáis una evaluación. ¿Qué ha estado bien? ¿Repetiremos? En tal caso, ¿qué haremos de otra manera?

¿Cómo voy a meter algo ahí?

Acabamos de decir que el sexo son muchas cosas y que el exagerado interés por el coito vaginal excluye a demasiada gente. El sexo no tiene por qué suceder tan solo entre una mujer y un hombre, aunque suela parecerlo en nuestra sociedad heterocéntrica. En Noruega, aproximadamente una de cada diez mujeres ha tenido experiencias sexuales con alguien de su mismo sexo^[56-1]. Aun así, dedicaremos un espacio extra a la primera vez que se tiene sexo vaginal, no porque sea la única manera de tener relaciones sexuales, sino porque es el tema sobre el que nos preguntan con más frecuencia.

Antes de probar el sexo vaginal un montón de chicas se preguntan: ¿sangraré? ¿Me dolerá? Muchas temen que la vagina sea demasiado estrecha. «¿Cómo voy a meter algo ahí? ¡Ni siquiera puedo meter un tampón!».

Puede parecer dramático tratar de introducir algo tan grande como un pene en la vagina, pero hay espacio de sobra. La vagina posee una increíble elasticidad y se dilata tanto a lo largo como a lo ancho cuando te excitas. Muchos creen que la de las mujeres que no han tenido relaciones sexuales es más estrecha. Seguramente habrás oído decir que se vuelve más flexible cuanto más se folla. Pues bien, no es cierto.

La vagina es un robusto conducto muscular y tú misma puedes regular su anchura. Este regulador funciona independientemente del número de penes y consoladores que te hayas introducido. Si te relajas bien, será más fácil que el pene se deslice dentro; si tensas los músculos, resultará difícil meter nada. Aunque hayas tenido relaciones sexuales muchas veces, puedes tensar los músculos de la vagina para estrecharla. Si usas los músculos vaginales activamente durante el coito, podrás regular la fricción entre la vagina y el pene. ¡Haz la prueba!

Muchas chicas se ponen nerviosas antes de su primera vez, y no es de extrañar dada la tensión que generan las expectativas. No pasa nada por estar un poco nerviosa, pero si los nervios son exagerados puede que la experiencia resulte desagradable. Si estás nerviosa, es fácil que los músculos de la vagina se tensen de manera automática, con lo cual costará introducir nada. Incluso puede que sientas un poco de dolor.

Cuando las mujeres se excitan, los bajos suelen reaccionar produciendo más humedad, que funciona como un lubricante^[19-1]. Si estás muy estresada, te costará excitarte y humedecerte. Puede ocurrirte aunque hayas decidido que quieres tener sexo. De alguna manera, los nervios impiden que el cuerpo te acompañe en tu deseo. Si estás seca o tensas la vagina de forma inconsciente, es fácil que en la pared vaginal se produzcan pequeños desgarros que sangren un poco. No es malo, pero puede resultar muy desagradable. La clave es tomárselo con calma la primera vez. Dedicar tiempo a los besos y los preliminares. Así será más fácil relajar los músculos. Por otra parte, si te das el tiempo necesario para excitarte bien, producirás más humedad.

Algunas chicas no se ponen húmedas por mucho que se relajen, dediquen tiempo a los preliminares y quieran tener sexo. No siempre hay relación entre el cerebro y los bajos. Lo bueno es que disponemos de alternativas a la humedad natural de la vagina. Es igual de válido usar saliva o un lubricante comprado en el supermercado o la farmacia. En muchos casos el lubricante puede mejorar la experiencia, y quizá valga la pena usarlo la primera vez, cuando no sabemos muy bien cómo reaccionará nuestro cuerpo.

Luego está el himen, por desgracia también conocido como «membrana de la virginidad». Ya hemos dedicado un apartado entero al punto más estrecho de la vagina, pero no está de más repetir algunas cosas. No es seguro que sangres en tu primera relación sexual. Tienes más o menos las mismas probabilidades de no sangrar que de sangrar. Mirando los bajos de una mujer no puede saberse si ha tenido sexo o no. No existe un tejido que cubra por completo la vagina, no hay ninguna membrana que romper, tan solo una corona formada por una membrana mucosa. No malgastes tu energía preocupándote por el himen. Es preferible que emplees el tiempo en preocuparte por asuntos más serios, como el medio ambiente, la situación de los refugiados y la falta de educación sexual en el colegio. El himen no merece que pases las noches en vela.

Trucos y consejos

Ahora sabes lo que ocurre en la vagina durante el coito, pero ¿cómo debes actuar en la práctica? Te planteamos dos propuestas para la primera vez que te acuestas con un hombre (o un chico), pero puedes elegir otras posibilidades. Se trata de tu vagina. Todas las opciones son igual de buenas.

La primera es supertradicional, pero sin duda conviene tenerla en cuenta: la postura del misionero. En el porno se usa poco porque no permite que los órganos sexuales se vean bien (¿y qué sería el porno sin la exposición de los genitales?); sin embargo, en el mundo real triunfa en la primera relación sexual. En la postura del misionero, tú (la chica) te pones boca arriba y el chico se tumba entre tus piernas, con el pecho y el abdomen pegados a los tuyos. El pene se introduce en la vagina mientras el chico se mueve hacia delante y hacia atrás encima de ti. No es una postura activa para ti, pero es un buen comienzo por muchas razones: tenéis pleno acceso y visión de vuestros respectivos cuerpos, podéis besaros durante el acto y, sobre todo, tenéis la posibilidad de captar las reacciones del otro. Así sabréis si está bien. Esto es especialmente importante la primera vez, cuando ambos estáis nerviosos. Si el contacto visual te resulta excesivo, solo tienes que cerrar los ojos.

A algunas les resulta más aterrador ceder el control que asumirlo. Se asustan yendo por la autopista en un coche conducido por otra persona, de modo que acaban convirtiéndose en el típico copiloto pesado. ¿Eres así? Entonces será mejor que asumas el control. Te pondremos encima. Si el chico se tumba boca arriba y te colocas sobre él, dispondrás de una buena base. En cierto modo es como la postura del misionero, pero al revés. Coloca las rodillas a cada lado de su cadera y siéntate sobre el pene. Si quieres, pon los antebrazos o las manos sobre la cama para contar con más puntos de apoyo. No tienes por qué sentarte como si montarás a caballo, aunque suela decirse que la chica monta al chico cuando lo hacen en esta postura. Ahora eres esencialmente tú quien debe moverse. Puedes controlar cómo y hasta dónde debe introducirse el pene, y la velocidad. ¡Esa es la ventaja de ponerse encima!

Al igual que con la postura del misionero, tenéis una buena visión de la cara de la otra persona. Sí, eso puede intimidar un poco, pero así os resultará más fácil comunicaros si algo va bien o mal.

No todos los coitos acaban en un orgasmo, aunque tengamos esa impresión por las pelis porno. Esto se aplica tanto a las chicas como a los chicos. El orgasmo requiere práctica, de modo que no esperes que tú y tu compañero tengáis uno la primera vez. Para llegar al orgasmo es importante que conozcas bien tu cuerpo y te sientas segura. Se ha observado que a algunas mujeres les resulta más fácil tenerlo con alguien con quien mantienen una relación estable. Para conocer tu cuerpo, debes practicar. Dicho de otra forma, debes masturbarte. Muchas tardan varios años en conseguir el orgasmo con una pareja sexual, pues con frecuencia es más fácil correrse montándose una sola, pero ¡la práctica ayuda! Volveremos a ello.

Por otra parte, es importante la comunicación con la pareja. Cuéntale lo que te gusta, pero no esperes que él o ella se ocupe de tu orgasmo. Es bueno y normal que tomes el asunto en tus manos. Tener sexo con una pareja no significa que no debas prestar al mismo tiempo atención a tus necesidades. Muéstrale a tu compañero o compañera lo que haces, y que luego él o ella te enseñe lo que le gusta.

El sexo es divertido, pero, como todas las diversiones, entraña riesgos. Del mismo modo que los cinturones de seguridad y el casco de bicicleta reducen el riesgo de lesiones graves, los anticonceptivos reducen el riesgo de embarazo y de contraer enfermedades de transmisión sexual.

La anticoncepción es sin duda una responsabilidad compartida. Si el sexo es cosa de dos, también lo es la prevención. Sin embargo, no siempre es buena idea confiar en que el compañero estará preparado. Te aconsejamos que tomes cartas en el asunto. El mismo consejo damos a los chicos que lean esto. Es una buena señal que también la pareja esté preparada. Suele indicar que tiene la cabeza bien amueblada.

Los anticonceptivos requieren planificación. Por lo tanto, antes de tu primera relación sexual averigua con tiempo cómo se usan. Visita al médico o a la enfermera para que te guíen y echa un vistazo al capítulo sobre anticonceptivos de nuestro libro, donde encontrarás todo lo que necesitas saber. Recomendamos combinar el preservativo con un método de alta protección contra el embarazo.

De momento existen casi exclusivamente anticonceptivos femeninos, aunque por suerte están en camino algunas variantes para hombres. El preservativo es el único anticonceptivo que protege de las enfermedades de transmisión sexual. Es posible usar solo el condón, pero debes asegurarte de que no se rompa en mitad del acto, para lo cual sigue los consejos de nuestra escuela del preservativo, que encontrarás más adelante. Asimismo, estaría bien tener en la manga una píldora del día después, por si algo sale mal. Sabrás más de todo este asunto en breve.

Si quieres tener sexo y usas protección, adelante. Solo tú sabrás si estás preparada o no. En cualquier caso, nuestro consejo más importante es que te tomes la primera vez como lo que es: la primera vez. Habrá más oportunidades, irás mejorando y todo saldrá mejor. La práctica hace al maestro.

El sexo anal

Dejamos en suspense el apartado sobre el segundo orificio: a su alrededor y en su interior abundan las terminaciones nerviosas, que ansían ser estimuladas. Invitar al culete a participar en el juego puede proporcionar una dimensión más amplia a la vida sexual de algunos.

De acuerdo, tenemos un montón de terminaciones nerviosas en el ano, pero ¿qué debemos hacer para estimularlas? Tal vez te parezca el colmo del optimismo lo de invitar al culete a participar en el juego. A muchos el sexo anal les parece tan aterrador como sucio, lo clasifican en la misma categoría que el látigo y los ojos vendados. «¿Qué? ¿Meter algo por ahí detrás? ¿Tener sexo por el mismo agujero por el que hacemos caca?».

El sexo anal es sin duda «sexo 2.1», es decir, para los de nivel avanzado. No hay que practicarlo si a una no le apetece. Sin embargo, cada vez es más habitual en las parejas heterosexuales. Entre los jóvenes británicos de 16 a 24 años, casi uno de cada cinco lo había practicado en el último año^[58].

Por lo tanto, la gente tiene sexo anal, aunque a menudo por razones equivocadas. Lamentablemente se ha visto que con demasiada frecuencia las chicas se sienten presionadas a practicarlo y lo viven como algo incómodo o doloroso^[59]. Está extendida la creencia de que deben aprender a disfrutar con él. Pues bien, no es así. El sexo anal debe ser voluntario y debe ser bueno. Si no te interesa, no tienes que seguir adelante. Establece tus propios límites.

En cambio, si tienes curiosidad, este apartado es justo lo que necesitas. A muchas mujeres les gusta el sexo anal, que abarca muchas cosas. Implica todo tipo de estimulación del ano. Puede ser sexo con penetración de un pene, un consolador o un dedo, o bien sexo oral, es decir, el uso de la lengua dentro y alrededor del ano, lo que también se denomina «beso negro». No querer que te metan un pene por el culo no significa que el ano no pueda proporcionarte otras formas de placer.

Los consejos de este apartado tratan sobre el sexo anal con penetración, es decir, con los dedos, el pene u otros objetos. Puesto que hay diferencias entre el sexo anal y el vaginal, antes de ponerte en marcha debes saber algunas cosas.

Como tal vez recuerdes, el ano tiene dos fuertes esfínteres conectados: uno funciona de forma automática, sin que hagas nada de nada, y el otro sí lo controlas. Resulta práctico, porque así no tenemos que ir al baño a hacer de vientre cada dos por tres. Debido a los esfínteres, el ano se mantiene impermeable, de modo que se arruga como una falda plisada, ocultando así el tamaño real del orificio.

Muchísima gente cree que el ano es muy estrecho, mucho más que la vagina. Quizá sea uno de los motivos por los que parece ejercer un atractivo mágico en los hombres. Sin embargo, es una verdad a medias. En realidad, el recto puede

compararse a un globo cerrado con un nudo. Los esfínteres se sitúan en el extremo y aprietan el recto con una fuerza tremenda. Por ese motivo la parte del extremo es muy estrecha. Sin embargo, una vez pasados los esfínteres hay bastante espacio. La vagina, por su parte, es un conducto que consta de músculos desde la abertura hasta el cérvix. Por lo tanto, puede ser estrecha en general, mientras que el recto es estrecho sobre todo en la parte más exterior. Además, el esfínter no permanece tan cerrado todo el tiempo. Cuando llevas un rato con la faena, los esfínteres se relajan, de modo que no aprieta especialmente.

Debido al nudo del globo, el sexo anal plantea algunos desafíos particulares. En el sexo vaginal, hablamos de «relajarse» para que los músculos no se tensen y dificulten el coito. Los esfínteres del ano no funcionan del mismo modo. Como sabes, el ano está cerrado incluso cuando te relajas por completo. Es hermético aun cuando duermes o te encuentras en un profundo estado de meditación. Es el músculo del esfínter involuntario el que trabaja. No puedes agrandar el orificio relajándote. En cambio, sí puedes impedir que el esfínter voluntario se tense más. No tienes ningún control sobre el esfínter automático, pero, como hemos dicho, este se distiende gradualmente con la estimulación.

Por lo tanto, el consejo más importante es que empieces con calma. No vayas directa a un pene erecto o a un consolador gigantesco si no has tenido nada en el trasero antes. Los esfínteres necesitan tiempo para relajarse y el esfínter automático debe pillar el mensaje. Experimenta con objetos menudos, los dedos o juguetes sexuales pequeños, para acostumbrarte a la sensación. La mayoría debe calentar antes de estar preparada.

Si avanzas demasiado rápido, el ano es susceptible de sufrir pequeños rasguños, que pueden ocasionar un dolor infernal al día siguiente. Lo saben todas aquellas que esperaban que apuntasen a la vagina y acabaron con todo el esplendor de su pareja en el agujero equivocado. Eso duele. Si vas a practicar sexo anal, debes estar preparada. Eso significa que tu compañero también debe ser paciente. El «aquí te pillo, aquí te mato» no funciona en este caso.

Una vez que te hayas puesto en marcha, será más fácil. El ano se distiende cada vez más, y llegamos a un punto que a muchas les resulta aterrador. ¡El nudo del globo no se cierra una vez que hemos terminado! «Oh, no, ¿se me habrá quedado floja para siempre la entrada de la cueva?». Qué va, calma. Los músculos se contraen lentamente, pero tardan un poco.

Es verdad que los esfínteres pueden quedar dañados para siempre, de la misma forma que es posible lesionarse cualquier otra parte del cuerpo, pero para que ocurra habría que emplearse muy a fondo. Recuerda que el ano está concebido para que salgan por él cosas más grandes que un pene de tamaño medio. Empieza con calma, ten cuidado y di a tu pareja que pare si notas que te resulta incómodo, y todo irá bien.

Otro punto importante en relación con el sexo anal es la humedad. Mientras que en general la vagina se humedece por sí sola cuando te excitas, debes usar un

lubricante u otro tipo de humedad artificial similar para practicar el sexo anal. Sin lubricante, será difícil insertar nada, y si el orificio está demasiado seco habrá mucha fricción. La fricción aumenta el riesgo de rasguños y pequeñas hemorragias.

Es cierto que se produce un poco de humedad en las glándulas del recto, pero no tiene nada que ver con la excitación sexual. El interior del recto está recubierto de una membrana mucosa, al igual que la vagina y la boca. Las membranas mucosas se caracterizan por producir humedad: saliva en la boca y secreción vaginal en la vagina. Cuando la del recto se irrita por, digamos, el contacto con un pene, produce moco para evitar lesiones. Por consiguiente, el mismo sexo inicia una leve producción de humedad, pero no basta. Hace falta un lubricante.

Pasemos ahora a la gran cuestión: la caca. Todos hemos oído leyendas urbanas sobre mujeres que sin querer han defecado encima de su compañero durante el sexo anal. Resulta poco tentador para la mayoría de nosotras, pero no podemos obviar que hay heces en el recto; está concebido para eso. Aunque no sientas la necesidad de ir al baño, las heces se acumulan en el recto hasta llenarlo. El recto es un depósito para la caca hasta que esta se expulsa. Por ello pueden aparecer heces en el pene, en el juguete sexual o en los dedos, lo cual tal vez te resulte un poco chocante si no te lo esperas. No es que pase nada malo, y no hay motivos para avergonzarse. Si practicas sexo con el recto, forma parte del juego.

No obstante, es posible reducir ese riesgo. Hay quienes procuran ir al baño antes o lavarse el recto con un enema, que puede adquirirse en la farmacia.

Es evidente que no puedes quedarte embarazada practicando sexo anal, pero sí puedes contraer enfermedades venéreas. Muchas personas lo olvidan o creen que en el ano se reduce la probabilidad de contagio. Sin embargo, es todo lo contrario. Algunas enfermedades venéreas se transmiten con mayor facilidad a través del sexo anal. Si practicas sexo con una pareja nueva, es importante que uses preservativo hasta que tu compañero y tú os hayáis hecho los test. Es algo importante en cualquier clase de sexo que practiques.

Como sabes, puedes tener sexo vaginal sin condón una vez que os hayáis hecho los test, pero en el culote hay microbios intestinales y, por lo tanto, ¡la higiene es importante! No querrás tener microbios intestinales en la vagina o la uretra, donde no les corresponde estar, porque pueden causar infecciones, lo que también les ocurre a los hombres. Por lo tanto, ten cuidado al pasar directamente del sexo anal al vaginal, ya sea con los dedos o con el pene. Es buena idea usar un condón durante el sexo anal y desecharlo si queréis continuar con el vaginal. Acuérdate también de lavar los juguetes sexuales que utilices en el ano.

Por cierto, existen juguetes especiales para uso anal. Suelen tener una especie de tapón en el extremo, para que no desaparezcan en el interior del recto. En la vagina nada puede perderse, puesto que no tiene más de 7 centímetros de largo y está sellada en su extremo superior. El intestino, en cambio, es prácticamente interminable. Es un palo acudir a urgencias para que te extraigan cosas que se te han quedado dentro,

pero puede ocurrir. Los médicos se lo pasan pipa intercambiando historias sobre todos los objetos extraños que han tenido que sacar del trasero de la gente: velas gruesas, coches de juguete, iPod, botellas... También ellos tienen derecho a divertirse un poco.

Esta ha sido la lista de consejos para quienes quieran experimentar con el sexo anal. Si se hace correctamente, puede ser placentero para mujeres y hombres, pero es preciso que las chicas dejen de hacerlo para complacer al hombre. Como cualquier otra forma de sexo, debe practicarse porque se desea.

Una vida sexual completamente normal

Cuando la serie *Girls* (2015) conquistó las pantallas de televisión, muchos calificaron de revolucionario que por fin se viera a mujeres normales practicando sexo normal, sea lo que sea eso. En vez de orgasmos múltiples y sexo salvaje en la encimera de la cocina, nos presentaron torpezas, pausas incómodas e intentos fallidos de aparecer en casa del novio en ropa interior *sexy*. Es llamativo cómo las chicas se esfuerzan por estar a la altura de los ideales sexuales de la cultura popular, con un éxito muy variable. Decirse cochinas y dar azotes tal vez parezca *sexy* en el último artículo de *Elle*, pero cuando Adam y Lena lo intentan en la vida real se convierte en el típico programa que da vergüenza ajena. *Girls* representa el encontronazo entre los ideales y la realidad.

Girls es una reacción al hecho de que el sexo se haya convertido en algo del dominio público. Entre amigas se habla mucho y en voz muy alta, mientras se comparte una botella de vino, sobre los detalles más íntimos de la vida sexual. Las mujeres han tomado posesión del sexo. Mola estar cachonda, mola saber lo que una quiere. Y eso está bien para las que lo consiguen.

Por desgracia, eso se acompaña de muchas expectativas sobre cómo debe ser la vida sexual, que se ha convertido en un escenario más para la interpretación. Hasta que estamos a solas con una amiga íntima, no surgen los temas tabúes: ¿es normal que solo follemos cada dos semanas? ¿Se la mamas a tu chico cada vez que hacéis el amor? ¿Soy anormal porque solo me corro cuando me toco durante la relación sexual?

Porque ¿qué es en realidad una vida sexual completamente normal? Hemos ido a buscar el sexo A4.

A la hora de evaluar la vida sexual, la cantidad suele ser lo más fácil de comparar. La calidad es muy subjetiva; en cambio, contar es fácil. Cuando se pregunta a personas heterosexuales con qué frecuencia tienen sexo, se obtiene la misma respuesta en gran parte del mundo occidental: las parejas heterosexuales mantienen relaciones sexuales una o dos veces por semana. Las parejas de hecho tienen algo más de sexo que las casadas. Los solteros son los que menos sexo tienen^[60]. De los gais y las lesbianas sabemos menos, aunque algunos datos indican que las parejas lesbianas tienen más o menos la misma cantidad de sexo que las heterosexuales^[61].

Los noruegos no son diferentes. En un estudio noruego realizado entre parejas de edades comprendidas entre los 23 y los 67 años, alrededor del 40 por ciento había tenido sexo una o dos veces por semana en el último mes^[62]. Tan solo un entusiasta 10 por ciento lo había tenido cuatro veces o más. El mismo porcentaje no había practicado el sexo durante el último mes. El resto tenía sexo una vez cada dos semanas o con menos frecuencia.

En este estudio tal vez sorprenda que no hubiera una gran diferencia en la frecuencia de las relaciones sexuales entre las distintas franjas de edad. Hasta pasados los cincuenta las parejas no empezaban a practicar el sexo con una frecuencia algo menor, pero incluso a estas edades el 40 por ciento mantenía relaciones sexuales al menos dos veces por semana. No obstante, por una larga serie de estudios sabemos que la edad constituye uno de los factores más importantes en lo que se refiere a la frecuencia del sexo en una relación. Esto se debe, entre otras causas, a que con la edad el cuerpo funciona peor desde el punto de vista sexual. La libido disminuye, los hombres tienen problemas de erección y las mujeres pueden presentar membranas mucosas finas y frágiles en los bajos debido al bajo nivel de estrógeno, lo que implica una mayor incomodidad al practicar sexo. Sin embargo, además de la edad hay otros factores que permiten explicar la frecuencia de las relaciones sexuales. Por ejemplo, el enamoramiento.

PORNO



SEXO NORMAL



PORNO



SEXO NORMAL



PORNO



SEXO NORMAL



En los comienzos de una relación la gente puede sentirse como si estuviera en una burbuja. El cerebro se inunda de mensajeros químicos que transmiten felicidad, satisfacción y deseo. Quien está enamorado hasta los tuétanos se olvida de que existe algo más allá de los dos. El sexo se vuelve más importante que el dormir, el comer y los amigos. Los enamorados crean un lenguaje común para transmitir lo que todavía no se atreven a expresar con palabras: «Ahora somos tú y yo; es lo único que importa».

Al final suele colarse la rutina. Llega una noche en la que te sorprendes mirando la hora cuando una mano entusiasta se acerca para deslizarse en tus braguitas. «¿No podemos hacer solo la cucharita? Mañana tengo que madrugar», dices con una sonrisa de disculpa. De repente no te apetece tener sexo a todas horas. ¿Es que hay algo que no funciona en tu relación? ¿O es solo una evolución normal?

Un estudio alemán examinó la vida sexual de 1900 estudiantes veinteañeros que tenían novio o novia estable^[63]. La duración del noviazgo se relacionó de forma clara con la frecuencia del sexo. Como promedio, las parejas recién enamoradas mantenían relaciones sexuales diez veces al mes, es decir, dos veces y media por semana. El 70 por ciento tenía sexo más de siete veces al mes. Después del primer año, el número de coitos empezó a reducirse. En parejas que llevaban entre uno y tres años de relación, menos de la mitad tenía sexo dos o más veces por semana. Pasados los cinco años, se llegaba al nivel más bajo: la frecuencia se reducía a la mitad, de diez a cinco veces al mes. Estos mismos datos se han encontrado en otros estudios^{[64][65]} y en parejas lésbicas^[61-1].

En definitiva, no estás sola si notas que tienes menos sexo que antes con tu pareja. Entonces ¿qué ocurre? En el estudio alemán se realizaron algunas observaciones interesantes. Al principio de la relación sentimental, las mujeres y los hombres tenían el mismo apetito sexual y el mismo deseo de intimidad y cercanía. Luego ocurría algo extraño. Al cabo de tres años los hombres seguían teniendo las mismas ganas, mientras que en las mujeres se advertía un notable descenso del deseo sexual transcurrido el primer año de la relación. El primer año, tres de cuatro mujeres querían tener sexo con frecuencia. Al cabo de tres años, la cifra se reducía a una de cada cuatro. Con respecto al principio, se multiplicó por dos, del 9 al 17 por ciento, el número de mujeres que afirmaron experimentar a menudo falta de deseo sexual.

Un dato muy ilustrativo es la frecuencia con que hombres y mujeres con pareja estable se ven rechazados cuando tienen ganas de sexo. En el mencionado estudio noruego, la mitad de los hombres afirmó que le ocurría en ocasiones, y uno de cada diez declaró que le pasaba con frecuencia. En las mujeres sucedía al revés: el 90 por ciento aseguró que nunca o casi nunca se veían rechazadas por su chico^[62-1].

Lo que no disminuyó, sino que aumentó con el paso de los años, fue la necesidad de intimidad y cercanía entre las mujeres. En los hombres, el deseo de mimos se redujo con el tiempo. Es posible que el cliché sea más cierto de lo que nos gusta pensar: las mujeres quieren arrumacos, y los hombres, follar. Ignoramos el porqué.

Los científicos responsables del estudio alemán recurrían a la evolución para explicarlo: las mujeres emplean inconscientemente el sexo como un medio para atraer al hombre; una vez que lo consiguen y que tienen al hombre en sus redes, pierden el interés por el sexo. Otros sostienen que la respuesta se halla en el diferente grado de instinto sexual (más adelante analizaremos hasta qué punto el sexo es un instinto). Finalmente, muchos señalan que la sociedad tiene unos guiones sexuales que establecen cómo deben comportarse mujeres y hombres: el deseo sexual pertenece a lo que la sociedad considera masculino, mientras que se estima antifemenino que las mujeres expresen el mismo grado de excitación. En consecuencia, es posible que ellas entren con mayor facilidad en una pauta más asexual.

Hasta ahora hemos visto que las parejas tienen menos sexo cuanto más tiempo lleven juntas. Por otro lado, sabemos que las más felices son las que tienen más sexo. El consuelo es que al parecer hay un tope. Un estudio canadiense que incluyó a 30 000 personas desveló que el nivel de felicidad no aumentaba en quienes tenían relaciones sexuales más de una vez por semana^[66]. Por lo tanto, se diría que los seres humanos hemos llegado por nuestra cuenta a un número áureo de uno o dos coitos por semana.

¿Qué otros factores, aparte de la frecuencia, contribuyen a determinar el grado de satisfacción con nuestra vida sexual? Una vez más, la respuesta quizá sea obvia: la calidad de la relación^{[60-1][67][68]}. Existe un estrecho vínculo entre lo satisfechos que estamos con nuestra relación y la calidad de nuestra vida sexual. En pocas palabras, una buena vida sexual equivale a una buena relación. No se sabe si el buen sexo hace que estemos satisfechos con la relación, o si una buena relación genera buen sexo. Probablemente se trate de una combinación de ambos.

Una buena relación se basa, en gran medida, en la comunicación. Hay que hablar de sexo y sentimientos. Pero ¿qué rollo, por Dios! ¿Por qué hay que hablar de sexo a toda costa? ¿Esa no es la prueba definitiva de que la relación ha muerto desde el punto de vista sexual? Lo que nos resulta atractivo en un ligue de una noche y en las relaciones nuevas es justamente la ausencia de charlas. La gente tiene tanto miedo a hablar que renuncia con gusto al condón para no romper la magia. Una breve pausa para decir unas palabras amenaza el frágil estado de misterio y excitación.

No obstante, resulta que las parejas que gozan de intimidad afectiva, que hablan de sus sentimientos, necesidades y expectativas, a la larga se sienten más satisfechas tanto con su relación como con su vida sexual^{[69][70][71]}. Al expresarse sin tapujos deseos y necesidades sexuales, se crea seguridad y satisfacción. Las parejas que hablan de sexo no solo se sienten más satisfechas, sino que también tienen más sexo^[62-2].

En una relación se conjugan numerosos factores que pueden aniquilar el deseo sexual: el estrés, la falta de tiempo de calidad en pareja, la sensación de no dar la talla en la cama, una baja autoestima y una mala autoimagen corporal. Si sientes que tu compañero y tú tenéis necesidades sexuales distintas, podéis acabar rápidamente en

una espiral negativa en la que uno toma siempre la iniciativa y el otro suele rechazarlo. Rechazar a alguien es desagradable. Te sientes culpable por no estar a la altura de las expectativas del otro y puedes empezar a temer que el otro se canse y no quiera seguir contigo. Cuanto más te preocupen esas cosas, menos deseo sexual tendrás. Acabarás evitando hasta las caricias inocentes y los besos por miedo a que el otro albergue la esperanza de llegar a algo más.

Esta dinámica suele estar en el trasfondo de las parejas que dejan de tener sexo de forma regular. Es ingenuo pensar que es posible salir de ella sin hablar del tema. Si más parejas se atreviesen a conversar del asunto en cuanto notan que algo va mal, tal vez se evitarían muchos problemas. Por lo tanto, siéntate con tu pareja, deja el móvil y mantened una conversación auténtica. A lo mejor, hasta tendrás más sexo.

Ahora tal vez pienses que la cantidad no lo es todo, y estamos de acuerdo. Está bien tener sexo una o dos veces por semana, pero lo importante es el contenido. ¿Qué clase de sexo tiene la gente? Está claro que el sexo abarca muchas cosas. Se pueden hacer mamadas y *cunnilingus*; se puede usar la vagina o el ano; podemos corrernos o no corrernos, montárnoslo en la cama de matrimonio, en el sofá o en el ascensor del hotel. Algunos consideran que el sexo rutinario es el enemigo: echan de menos la emoción y la imprevisibilidad de la soltería o de los inicios de la relación.

En un estudio australiano del 2006, se recogieron las combinaciones sexuales que 19 000 personas habían realizado la última vez^[72]. Pues bien, el doce por ciento solo había tenido coito vaginal. La mitad había tenido coito vaginal y había estimulado con las manos los genitales de la pareja. Un tercio había practicado, además, sexo oral. No resultó sorprendente el hallazgo de que, cuanto más involucradas estuviesen las manos y la lengua, mayor era la probabilidad de que la mujer tuviese un orgasmo.

Hay muchas expectativas en torno a lo que se considera una buena vida sexual. La realidad es que una vida sexual normal es eso, bastante normal. Muy pocos se ponen en plan conejita. La gente se cansa a medida que se desvanece el enamoramiento y la vida diaria afecta a la vida sexual. Una minoría le hace una mamada al novio cada vez que se acuestan juntos. Sin embargo, la mayoría está muy satisfecha. Y, si quieres que mejore, lo único que debes hacer es hablar con él.

La libido que desapareció

Estar cachonda ya no es tabú. Casi se ha convertido en un ideal entre las mujeres jóvenes. El paquete de la perfección implica disfrutar del sexo, tomar la iniciativa y experimentar. Entonces ¿qué pasa si el deseo desaparece o en realidad no llega a aparecer? Podemos sentirnos muy excluidas.

El invierno del 2015, Nina tuvo el placer de conocer a una abuela fascinante. La doctora Shirley Zussman, por aquel entonces de 100 años de edad, es una mujercita encorvada de labios gruesos y ojos chispeantes. Se puede decir que estuvo en primera fila durante la revolución sexual. Fue discípula de William Masters y Virginia E. Johnson, conocidos por su «descubrimiento» del orgasmo femenino y en quienes se inspiró la serie de HBO *Masters of Sex*. En la década de los sesenta, Zussman empezó a ejercer de terapeuta sexual en Nueva York.

Medio siglo más tarde sigue teniendo pacientes en su consulta llena de flores del Upper East Side, donde las librerías están decoradas con figuritas de madera en diferentes posturas sexuales. Posee una visión única de la evolución de los problemas sexuales a lo largo del tiempo. «Antes los pacientes acudían por problemas relacionados con el orgasmo: eyaculación precoz o imposibilidad de alcanzar el clímax; ahora vienen por la ausencia de libido», afirma. Según ella, es indudable que la gente tiene mejor sexo que en los años sesenta, pero eso no sirve de nada cuando no se tiene energía. Atribuye la responsabilidad a la tecnología y a la gran carga de trabajo. «Las mujeres que acuden a mí están tan cansadas que prefieren quedarse mirando sus malditos iPhone antes que dedicarle tiempo a la intimidad. Nos olvidamos de tocarnos y mirarnos a los ojos».

Es posible que la doctora Zussman tenga razón. Se diría que la ausencia de libido es la nueva epidemia entre las mujeres. Un amplio estudio del 2013 mostró que una de cada tres mujeres británicas había experimentado falta de deseo sexual en el último año^[73]. Entre las de edades comprendidas entre los 16 y los 24 años, una de cada cuatro indicó que carecía de interés por el sexo. Es triste.

¿Con qué claves se mide la falta de deseo en las mujeres? Desde la década de los sesenta se ha operado con una especie de modelo dominó de cuatro fases de respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo y resolución. El deseo se define como las ganas de actividad sexual, incluidas las fantasías y los pensamientos. Es un proceso puramente mental: «Me apetecer tener sexo, ¡AHORA MISMO!». La excitación, en cambio, se refiere tanto a la sensación de placer como a una reacción física que implica, entre otras cosas, un aumento del flujo sanguíneo a los genitales, humedecimiento y dilatación de la vagina, así como incremento del pulso, de la presión sanguínea y de la frecuencia respiratoria.

Hace muy poco que los investigadores han empezado a cuestionar este modelo. Resulta que las encuestas han mostrado que hasta una de cada tres mujeres no experimenta deseo sexual nunca o casi nunca; es decir, no tiene un «deseo espontáneo», como se denomina en términos técnicos. No obstante, la mayoría siente excitación física y placer sexual. Tal vez parezca extraño. ¿De verdad hay tantas mujeres con problemas serios^[74]?^[75]

No, dicen cada vez más. Resulta que para muchas mujeres el deseo es reactivo, lo que significa que surge como resultado de un contacto físico íntimo o una situación sexual^[76]^[77]. Es decir, la excitación física aparece antes que el deseo y, por consiguiente, estas mujeres necesitan preliminares y contacto físico para encender los motores. Muestran un escaso interés por el sexo y rara vez toman la iniciativa en la cama, aunque tienen la capacidad de disfrutar del sexo una vez que se ponen en marcha. Solo es necesario alimentar el deseo con cuidado.

DESEO



EXCITACIÓN



ORGASMO



RESOLUCIÓN



Informar a las mujeres sobre el deseo reactivo se ha convertido en la principal misión de la sexóloga Emily Nagoski. En su libro *Come As You Are*, afirma que casi una de cada tres tiene una forma de deseo sexual reactivo. En el otro extremo encontramos a un 15 por ciento que tiene el deseo sexual «clásico» y espontáneo, es decir, que surge de la nada. El resto de mujeres se sitúan en algún lugar intermedio^[78]. De vez en cuando les apetece tener sexo sin entender muy bien por qué, mientras que en otras ocasiones el sexo les parece un rollo, hasta que el cuerpo responde y la cabeza entra poco a poco en el juego. Solo un 5 por ciento carece por completo de deseo sexual, tanto espontáneo como reactivo.

El modelo del deseo reactivo rompe de forma clara con la imagen que la cultura popular ofrece del sexo. Parte de las chicas y las mujeres que conocemos no se sienten identificadas con esa imagen. Se preguntan si son raras porque no les interesa el sexo tanto como a las demás. Creen que su chico las considera sosas y experimentan un sentimiento de culpa porque nunca toman la iniciativa en la cama. Para muchas de estas mujeres puede ser liberador tener un modelo alternativo. Existen muchos indicios de que el deseo reactivo podría ser tan solo una variante normal de la sexualidad femenina y no una anomalía o afección^[22-1].

Si consideramos que el deseo espontáneo es la norma, se debe en parte a que es la forma dominante de deseo entre los hombres. Según Nagoski, al parecer tres de cada cuatro hombres tienen deseo espontáneo, y por alguna extraña razón damos por sentado que la sexualidad de los hombres y la de las mujeres funcionan del mismo modo. Es posible que no sea así, como veremos en breve.

Otra fuente de confusión es el mito de que el ser humano nace con impulso sexual^[78-1]. Vamos, que nacemos cachondos. En cierto modo, los impulsos son instintos que procuran que nos mantengamos vivos. Son el origen de, entre otras cosas, la sed, el hambre y el sueño. El cerebro nos comunica, de modo totalmente inconsciente, que ha llegado el momento de hacer algo para que el cuerpo mantenga el equilibrio, por ejemplo, dormir, comer o beber. Si tuviésemos un instinto sexual, sentiríamos la necesidad de sexo en la misma medida que las de alimento, sueño y ropa de abrigo. Sería una necesidad básica para sobrevivir. Cuando el sexo se define de esa manera, no es extraño que pensemos que nos pasa algo grave si no nos apetece tener relaciones sexuales^[22-2]. Y, por si alguien se ha quedado con la duda, dejamos claro que nadie se muere por falta de sexo. El sexo no es un instinto, sino un premio^[78-2].

Mientras el sexo sea placentero y grato, funciona como una droga en el cerebro: queremos más. El deseo se estimula, y empezamos a buscar situaciones en las que podemos tener sexo. En este punto llegamos a uno de los argumentos más importantes del discurso de Nagoski: si el sexo no funciona como un premio para ti (por ejemplo, si te resulta doloroso, está ligado a abusos o te parece aburrido), disminuye el deseo. El sistema solo funciona mientras el sexo sirva como recompensa

para el cerebro. En definitiva, no nacemos cachondos, sino que nos ponemos cachondos.

De lo anterior podemos extraer dos lecciones. En primer lugar, que las mujeres (o los hombres) con poco deseo sexual, bien en general, bien porque solo experimentan un deseo reactivo, no han nacido con anomalías ni están enfermas. A unas les gusta el chocolate, a otras no. No creemos que les pase algo a las que no les gusta, aunque la mayoría de los cerebros muestre una respuesta positiva a su maravillosa combinación de grasa y azúcar. En todo caso, ¿qué importancia tiene lo de tachar a la gente de enferma? La tiene, porque, si vas por la vida sintiéndote como una aberración andante, eso acaba con el poco deseo sexual que tengas.

En segundo lugar, el deseo sexual no es un valor constante. Hemos nacido con el potencial de ponernos cachondos, pero hasta qué punto nos excitamos varía con el tiempo y en función del placer y de la satisfacción que nos proporciona el sexo y de cómo son nuestras circunstancias vitales en general. Además, nuestra historia sexual, o sea, las experiencias que llevemos en la mochila, contribuirá a conformar nuestro deseo sexual.

Esto explica por qué el deseo sexual disminuye y aumenta en oleadas a lo largo de la vida y según las relaciones que mantengamos. También nos brinda la maravillosa oportunidad de influir en el deseo sexual. El sistema de recompensa del cerebro puede manipularse si comprendemos cómo funciona. Y, con esto, llegamos a la mayor diferencia entre los hombres y las mujeres.

A los sexólogos se les ocurren muchas ideas raras. En una serie de ensayos, se les colocan a hombres y mujeres aparatos conectados al pene o la vagina para medir el flujo sanguíneo en los genitales. De esta manera se puede calibrar la excitación física, que consiste en unas respuestas automáticas y, por lo tanto, incontrolables de manera consciente. En los ensayos, los participantes ven porno: sexo heterosexual, homosexual, sexo con cariño, sexo violento e incluso sexo entre monos. Se puede decir que hay algo para todos los gustos. Luego deben indicar el grado de excitación que sienten viendo los diferentes vídeos. Los hallazgos son muy interesantes^{[78-3][79]}

En el caso de los hombres, hay alrededor de un 65 por ciento de correspondencia entre lo dura que se les pone y la excitación que sienten^[80]. Es decir, el cerebro juega en el mismo equipo que las respuestas automáticas de los genitales masculinos. «¡Oh, la tengo tiesa! Debo de tener ganas de sexo», piensa el hombre. (Evidentemente, esto es una simplificación. También pueden tener una erección sin sentir ganas de sexo; por ejemplo, la famosa erección matutina, o cuando los chavales adolescentes se empalman al salir a la pizarra para resolver una operación matemática). El deseo masculino está bastante ligado a los vaivenes del pene, por lo que píldoras como la Viagra funcionan de maravilla para levantarlo. La Viagra no afecta al cerebro, sino que se encarga de contraer los vasos sanguíneos por los que la sangre sale del pene, de modo que este mantiene la rigidez y una mayor acumulación de sangre. Con eso tienen de sobra: si consiguen que el pene se anime, está casi todo hecho.

En el caso de las mujeres, en cambio, se observa tan solo un 25 por ciento de concordancia entre el cerebro y los deseos genitales^[80-1]. La relación es tan insignificante que resulta imposible deducir por la humedad o la acumulación de sangre en los genitales hasta qué punto quieren tener sexo. A las mujeres se les hinchan y humedecen los bajos al ver a hombres teniendo sexo con otros hombres y a monos en plena faena, pero eso no significa que se pongan cachondas. Sus bajos también reaccionan en gran medida al sexo lésbico, a menudo más que a la pornografía heterosexual. Un hecho más inquietante aún es que se ha visto que las mujeres pueden excitarse físicamente y tener un orgasmo en una situación de abuso^[80-2]. ¿Qué significa esto? ¿Que en realidad les mola el sexo entre monos o que algunas disfrutan durante la violación?

No, no y no. Quiere decir que las mujeres, al contrario que los hombres, tienen un grado mucho mayor de lo que los sexólogos denominan *arousal non-concordance* o *subjective-genital (dis)agreement*. Son conceptos complejos que, en realidad, solo significan que no existe concordancia entre el cerebro y los genitales femeninos en lo que atañe al deseo. Por lo visto, esas dos partes del cuerpo no hablan el mismo idioma, y las mujeres con un grado de deseo reducido obtienen la mayor puntuación en ese aspecto. Sus cerebros apenas registran las señales transmitidas por los bajos^[79-1].

El deseo de las mujeres reside ante todo en el cerebro. No basta con que tengamos a una persona atractiva al lado en la cama, ni con que nos humedezcamos y excitemos como a menudo les ocurre a los hombres. Necesitamos más. Hay que estimular nuestro cerebro, no nuestro chichi. Por eso la Viagra solo funciona en una minoría de las mujeres^[81]. Para que las pastillas logaran influir en el deseo de las mujeres, habría que empezar a manipular los intrincados vericuetos del cerebro, y eso sería entrar en otro nivel de la medicina.

Se ha intentado en varias ocasiones crear una «píldora rosa» para fomentar el deseo sexual femenino. Entre otras cosas, se ha probado a administrar testosterona a las mujeres, pues se ha considerado que esta hormona es vital para el deseo sexual. El problema es que no se desea dar testosterona a las mujeres en edad fértil debido a los posibles efectos nocivos para el embrión en caso de embarazo. Por eso la mayor parte de los estudios se han realizado en mujeres que carecen en gran medida de testosterona a causa de intervenciones quirúrgicas por cáncer, o porque han entrado en la menopausia. En general se ha observado un efecto moderado en el deseo sexual con la aportación de testosterona^[82]. En el mejor estudio, realizado en mujeres algo más jóvenes, de entre 35 y 46 años, no se encontró ningún aumento del deseo^[83]. No obstante, en las que recibieron una dosis mediana de testosterona se incrementaron un 0,8 las experiencias sexuales satisfactorias durante un mes, en comparación con aquellas a las que se suministró un placebo.

Los datos indican que una mayor cantidad de testosterona tiene poco efecto en cuanto se sobrepasa un nivel mínimo muy bajo. De hecho, los estudios que examinan

el efecto de la testosterona en el deseo sexual no han obtenido ningún hallazgo importante. Los niveles altos o bajos no parecen indicar cuál es tu situación en la escala del deseo^[83-1]. Por lo visto las hormonas sexuales no tienen una influencia tan grande en el deseo sexual de las mujeres como se creía^[77-1].

Se han realizado ensayos con otros medicamentos. La hormona sintética melanotan, también conocida como «la droga de la Barbie», recibió mucha atención de los medios de comunicación durante una época porque las adolescentes, con la bloguera noruega Sophie Elise Isachsen a la cabeza, la compraban ilegalmente en internet. El melanotan simula una de las hormonas que contribuyen al bronceado y provoca la aparición de lunares. Al principio se produjo para el bronceado sin sol, como un autobronceador en forma de píldora. Más tarde se descubrió que, además, tiene efectos secundarios, como la disminución del apetito y, posiblemente, el aumento del deseo sexual. Nació el sueño de la mujer perfecta: bronceada, delgada y cachonda. Como es lógico, en los ojos de los directivos de la industria farmacéutica aparecieron signos de dólar.

Lo malo fue que, con el tiempo, se demostró que el uso del melanotan acarrea efectos secundarios extremadamente peligrosos. Se interrumpieron todos los ensayos que se realizaban con esa sustancia. La compañía farmacéutica descubrió entonces que podía fabricar una variante menos nociva, llamada bremelanotida. Tras varios años de estudio, la bremelanotida se encuentra en la última fase de ensayo clínico y al parecer podría ser aprobada. El problema es que será un medicamento caro, que se administrará en forma de inyección, y su efecto no será muy grande. De media, las usuarias obtienen una mejora de 0,5 en el número de experiencias sexuales satisfactorias al mes en comparación con la inyección de placebo^[84]. Es decir, no es para tirar cohetes.

Otro medicamento, la flibanserina, se fabricó inicialmente como antidepresivo, pero en agosto del 2015 se aprobó su uso en mujeres diagnosticadas de deseo sexual reducido. La flibanserina también es muy cara —varios cientos de euros al mes— y debe administrarse a diario. No se debe tomar alcohol mientras se usa, ya que existe el riesgo de una bajada fatal de la presión arterial. Los efectos secundarios (náuseas, mareos y somnolencia) son relativamente comunes. Por otro lado, tampoco provoca una mejora espectacular. Las usuarias mejoran de entre 0,4 y 1 en el número de experiencias sexuales satisfactorias al mes^[85].

En definitiva, hasta el momento los fármacos no parecen constituir la cura milagrosa que se esperaba. Ninguno de los mencionados medicamentos resulta útil si tenemos en cuenta los efectos secundarios, el precio y la mejora que inducen. En cualquier caso, esta clase de estudios han puesto de relieve lo mucho que nuestros sentimientos tienen que ver con el deseo y la satisfacción sexual. De hecho, en algunos de esos estudios se observó un efecto placebo tremendamente elevado, mucho más elevado que el encontrado con casi cualquier otro «fármaco». En un estudio sobre la Viagra se observó que el 40 por ciento de las mujeres a quienes se

suministró el placebo experimentó una mejora del deseo sexual^[85-1]. Tomando una pastilla entraron en un nuevo modo y un nuevo rol: consiguieron abandonar las antiguas pautas adquiridas, en las que se identificaban con una mujer que no quiere tener sexo.

El efecto placebo nos muestra lo siguiente: el deseo sexual está en la cabeza y se puede manipular. Pero ¿cómo?

La sexóloga Emily Nagoski lo explica muy bien^[78-4]. Imagina el cerebro, entronizado en lo alto del cuerpo, como un director sensible. El director corporal recibe sin cesar señales del cuerpo y del mundo que lo rodea, las interpreta y las reúne en una imagen armónica. El sistema nervioso y las señales que envía al cerebro tienen una composición simple, un poco como los códigos de un ordenador, donde todo es 0 o 1. Tenemos una señal que dice «acelera», la excitación, y otra que dice «frena», o inhibición. El equilibrio entre las señales de excitación y las de inhibición determina en todo momento lo que el cerebro decide hacer con el cuerpo. Si pisas el freno con fuerza, no importa que aceleres un poco al mismo tiempo. La suma será lo decisivo.

Imagina que cada uno de los motivos —conscientes o inconscientes— que te llevan a no querer tener sexo equivale a pisar un poco el freno. Algunos serían el estrés, la depresión, una imagen negativa de tu cuerpo, el sentimiento de culpa y el temor a no tener un orgasmo. Estas leves pisadas del freno pueden acumularse, de modo que al final se pisa a fondo y se produce un parón. Para que dejes de pisar el freno con fuerza, el cerebro necesita una señal más intensa que diga «acelera», por ejemplo, el amor y el placer. El premio tiene que ser mayor que el esfuerzo. En ocasiones esto ocurre por sí solo, por ejemplo, cuando estamos enamorados, pero por lo demás la tarea consiste en dejar que se impongan las señales de «acelera» y que el freno se pise tan débilmente como sea posible. Tal vez suene algo difuso, pero no es algo que suceda por arte de magia. El primer paso consistiría en reconocer que el deseo sexual no viene por sí solo ni es un rasgo innato. Después tienes que sentarte y reflexionar sobre lo que te pone y lo que te quita las ganas. Haz una lista, como aconseja Nagoski.

¿Qué me quita las ganas? Tener sexo justo antes de dormir, porque me preocupa no estar descansada al día siguiente. Estar desanimada y triste. El miedo a rechazar a mi pareja una vez más si intenta algo cuando no tengo ganas. La inseguridad en cuanto a la relación. Los celos. El sexo rutinario, en el que sé exactamente lo que va a pasar. La expectativa de que debo correrme para que mi pareja se sienta un buen amante. El estrés o las preocupaciones por lo que debería haber hecho durante el día y no me dio tiempo de hacer. Sentirme fea. Sentirme sucia por no haberme duchado. Que estemos con el móvil en la cama.

¿Qué me pone? Saber que disponemos de mucho tiempo y que no hay prisa por acabar. Un polvo rápido sin que medien palabras. La idea de tener un orgasmo. Sentirme a gusto con mi propio cuerpo. Un libro o una película eróticos, o bien algo

de porno. El sexo después de hacer ejercicio, cuando fluyen las endorfinas y la sangre todavía bombea con fuerza. El sexo en mitad del día, a plena luz del día. La oscuridad profunda y protectora. Las sábanas limpias. Sentirme querida. Los cumplidos. Un entorno nuevo. Un entorno seguro. Ver a mi pareja en su salsa. Estar en mi salsa. Que me hagan cosquillas en la espalda. Atreverme a experimentar cosas nuevas en la cama. Tener la seguridad de que lo que más le gusta a mi pareja en la cama es justo lo que hago.

Cuando escribes tu propia lista, empieza el trabajo de verdad. Debes preparar el terreno para que la balanza se incline hacia «acelera». Eso significa eliminar tantos frenos como puedas y crear al mismo tiempo un entorno en el que se activen la mayoría de tus interruptores.

Es casi imposible que lo consigas sola si estás en una relación. Tienes que implicar a tu pareja, contarle lo que te pone y lo que necesitas. En una relación estancada, a menudo los terapeutas sexuales recomiendan incluso interrumpir las relaciones sexuales durante una temporada, o elaborar unas reglas de conducción para el sexo; por ejemplo, reservar en la agenda un día y una hora determinados para practicar sexo. Parece muy poco *sexy*, pero tiene su lógica. Al eliminar las expectativas de tener sexo, se crea una pausa para que el deseo sexual vuelva por sí solo. El deseo no se puede forzar. De hecho, pensar que deberías sentirlo constituye un freno añadido.

Esto no significa que debáis dejar de pasar tiempo juntos. Para muchos funciona de un modo opuesto, ya que se consigue un espacio para el cariño y la intimidad sin que se sienta la presión de tener que hacer algo para lo que no se está preparado. Debes tratarte bien, ser paciente. Si a tu compañero no le parece importante el tema, es posible que hayas identificado la clave del problema.

La abuela Zussman, con 100 años a sus espaldas, ha comprendido algo importante. El deseo sexual no surge de la nada. Está estrechamente entrelazado con las circunstancias en las que vivimos y, sobre todo, con la relación que tenemos con nosotros mismos. No hay soluciones rápidas en este aspecto. Pero la mayoría de nosotras tenemos la capacidad de sentir deseo.

La gran O

El orgasmo es un fenómeno extraño y fantástico. No tiene nada que ver con el aburrido trabajo rutinario que desempeña el cuerpo para mantenernos vivos. Mientras el corazón late para bombear sangre a todo el organismo, el intestino hace ruido y tritura para que absorbamos los alimentos, y el cerebro vibra con impulsos nerviosos para mover el cuerpo y trazar planes, el orgasmo tiene una función muy especial. El orgasmo no es más que el placer que hace que gimamos, se nos crispen los dedos de los pies y se nos erice el vello. Es nuestro pequeño premio.

Ha habido muchos intentos de definir qué es el orgasmo, y los investigadores no se ponen muy de acuerdo. Según la medicina tradicional, es la cúspide pasajera de un intenso placer sexual ligado a contracciones rítmicas de la musculatura genital^[86].

Los sexólogos modernos consideran demasiado limitada esa definición. Cada mujer experimenta el orgasmo de forma distinta. Además, desde el punto de vista físico es posible experimentar orgasmos desagradables u orgasmos asexuales, por ejemplo, en situaciones de abuso o en sueños. De hecho, hasta una de cada tres mujeres tiene orgasmos mientras duerme^[87]. Por lo tanto, según los sexólogos sería mejor decir que el orgasmo no es más que un desahogo repentino e involuntario de la tensión sexual^[78], como un arco tensado que se suelta.

Esto significa que es posible tener orgasmos sin placer, orgasmos sin contacto físico con los genitales y orgasmos sin contracciones genitales. Algunas describen solo una sensación cálida, un hormigueo que se extiende por todo el cuerpo y, a continuación, una inconfundible sensación de haber «acabado». Un elemento común en todas es que saben cuándo tienen un orgasmo. Si no sabes si has tenido un orgasmo, es que no lo has tenido. Así de impreciso y, sin embargo, así de sencillo.

Según la concepción tradicional, la más común, al fin y al cabo, el orgasmo representa la culminación de la respuesta sexual. Cuando las mujeres se excitan físicamente, los labios genitales menores y las partes interiores del clítoris se llenan de sangre, del mismo modo que el pene del hombre se pone erecto. De hecho, ¡el cuerpo del clítoris dobla su tamaño cuando te pones cachonda! En general, a los 10-30 segundos de iniciar la estimulación de los bajos, la vagina empieza a humedecerse. Asimismo, se ensancha y se alarga un centímetro como mínimo. A medida que te acercas al clímax, se aceleran el pulso y la respiración y aumenta la presión arterial. Muchas notan que se les tensan los músculos de todo el cuerpo y que se les contraen los dedos de las manos y los pies. Esto tiene un nombre muy bonito: «espasmos carpopedales».

Por último llega el orgasmo. Una sensación de bienestar se extiende de arriba abajo y es como si te explotasen los genitales, cuyos músculos suelen contraerse en calambres rítmicos. Las contracciones nacen en la parte inferior de los bajos y se

extienden hacia arriba hasta abarcar la vagina y el útero. A menudo se suman también los músculos que rodean la uretra y el ano. El orgasmo femenino dura, por término medio, unos 17 segundos^[87-1]. Cuando se acaba, la sangre empieza a abandonar los bajos, al igual que el pene del hombre se pone flácido después del orgasmo. El cuerpo pasa a la fase de resolución, en la que todo vuelve a su estado normal.

A diferencia del hombre, la mujer puede experimentar varios orgasmos seguidos si continúa estimulándose. No se conoce el récord mundial de orgasmos en una mujer. Por alguna razón, el *Libro Guinness de los récords* no lo recoge, si bien en su página web muestra otros récords megaexcitantes como «el sexo más frecuente». Para que no te quedes con la duda, el ganador en esa categoría es el grillo australiano *Ornebius aperta*, con cincuenta coitos en el transcurso de entre tres y cuatro horas. ¡Vaya golfo!

El mayor número no oficial de orgasmos que conocemos viene del llamado Masturbatón, algo tan maravilloso como un concurso de masturbación con el fin de recaudar fondos para causas benéficas^[88]. El récord se consiguió en el Masturbatón celebrado en Dinamarca en el 2009: al parecer la ganadora alcanzó hasta 222 orgasmos durante una sesión —suponemos que prolongada— de masturbación. Seguramente a la mayoría nos queda mucho para igualar su récord...

Tal vez te sorprenda que hablemos del orgasmo en general, dado que existen el clitoriano, el vaginal, el del punto G, el tántrico, el que se acompaña de eyaculación, los orgasmos en serie y el que tienes cuando te chupan los deditos de los pies. ¿No es así?

En realidad, todos los orgasmos son lo mismo: un orgasmo. La respuesta física y la mental son similares. La diferencia reside tan solo en qué lo desencadena. Todo nuestro cuerpo es una zona erógena. Por todas partes hay terminaciones nerviosas que, al ser estimuladas, pueden proporcionarnos placer. Piensa en lo delicioso que es que te besen el cuello, te acaricien el pelo o la cara interna del muslo. Por otra parte, también nos hemos encontrado con mujeres que tienen orgasmos a todas horas, todos los días, sin que haya estimulación física, y mujeres que alcanzan el orgasmo mediante la respiración.

Las expresiones «orgasmo vaginal» y «orgasmo clitoriano» están muy extendidas, aunque en realidad no existe ninguna diferencia entre ellos^[89]. Ahora sabemos que el clítoris es un órgano de gran tamaño y no un botoncito situado en la parte delantera de la vulva. Las partes internas del clítoris rodean tanto la uretra como la vagina y pueden ser estimuladas indirectamente a través de casi todas las formas de estimulación de la vulva y la vagina. Hablar de «orgasmo clitoriano» y «orgasmo vaginal» sería impreciso, ya que en gran medida el clítoris participa en el sexo vaginal. La vagina en sí es bastante insensible. Como verás más adelante, el glande del clítoris se sitúa en un lugar diferente en cada mujer. Algunos sostienen que de su ubicación depende que a las mujeres les resulte más fácil o más difícil llegar al orgasmo con el coito vaginal^[90].

El «orgasmo a chorros», la eyaculación femenina o *squirting*, es algo legendario y se ha descrito en la literatura durante más de dos mil años, desde Aristóteles^[91]. El caso es que la uretra no desempeña un papel especial en la vida sexual de la mayoría de las mujeres, a pesar de situarse entre el glande del clítoris y la vagina. Aun así, algunas notan que ocurre algo especial en la uretra cuando tienen un orgasmo, y eso lleva tanto a las mujeres como a los científicos a rascarse la cabeza. Cuando estas mujeres se corren, de la abertura de la uretra sale un líquido transparente o lechoso. Algunas hablan de unos pocos mililitros; otras, de cantidades equivalentes a un vaso de leche. ¿Qué clase de orgasmo es ese?

Ignoramos cuántas mujeres eyaculan, pero sabemos que sucede y muchos lo han visto en internet. El porno con mujeres eyaculando se prohibió en Gran Bretaña en 2014^[92]. No entendemos por qué es peor la eyaculación femenina que la masculina, que se ve en otro tipo de porno, pero al parecer hay gente que la encuentra repulsiva. ¿Tal vez porque creen que lo eyaculado es pis? Sin embargo, ¿es pis?

De momento no está claro qué contiene el líquido. Según algunos estudios, proviene de unas pequeñas glándulas denominadas «glándulas de Skene», que se encuentran en la pared anterior de la vagina, alrededor de la zona inferior de la uretra. Por lo visto, no todas las mujeres las tienen y su tamaño varía de una a otra, lo que explicaría por qué solo algunas eyaculan. Las glándulas corresponderían a la próstata del hombre, que contribuye a producir el líquido del esperma, y vierten su secreción a través de la uretra durante el orgasmo^{[93][94]}. El hecho de que se hayan encontrado sustancias prostáticas en el líquido eyaculado por algunas mujeres corrobora esa teoría^[94-1]. Un estudio de 2015 que empleó una ecografía para examinar a siete mujeres masturbándose concluye, en cambio, que el líquido eyaculado constaba, en su mayoría, de orina, aunque también se hallaron pequeñas cantidades de sustancias prostáticas^[95]. Algunos investigadores opinan que se trata de fenómenos distintos: unas mujeres eyaculan cantidades reducidas de un fluido blanco segregado por las glándulas de Skene, mientras que otras expulsan cantidades mayores de un fluido transparente procedente de la vejiga^[96]. En cualquier caso, el contenido de la secreción probablemente sea lo menos importante. Es una parte natural del orgasmo de muchas mujeres.

Volvamos atrás, a la historia sobre el orgasmo clitoriano y el vaginal. Muchas mujeres llevan tiempo luchando con la sensación de que existe una jerarquía de los orgasmos, en cuya cúspide se sitúa el vaginal, desencadenado únicamente por el coito vaginal. Sienten que les ocurre algo malo si no alcanzan el clímax por «el viejo mete-y-saca», como le gusta denominarlo a Alex DeLarge en la novela *La naranja mecánica* (1962). Tienen la sensación de estar haciendo trampa si para correrse se ayudan con los dedos o necesitan que les realicen sexo oral.

Es extraño. No solo porque un orgasmo es un orgasmo lo mires por donde lo mires, sino porque además esa manera de alcanzarlo en realidad es inusual para las mujeres. ¿Cómo surgió esta extraña clasificación de los orgasmos femeninos^[23-1]? En

cualquier caso, no es el vestigio de un pasado remoto. Antes de la Ilustración, se creía que la mujer debía llegar al orgasmo para quedarse embarazada^[97]. Para garantizar el embarazo, el hombre y la mujer debían incluso correrse al mismo tiempo. En aquella época, con una mortalidad infantil desorbitada, tener muchos hijos era una meta importante. En consecuencia, darle a la mujer un orgasmo se convirtió en un arte que los hombres debían perfeccionar para tener herederos. La clave del orgasmo de la mujer se encontraba en la estimulación directa del glande del clítoris.

En 1740 el médico de cámara de la princesa de Austria, que no conseguía quedarse embarazada, recomendó que «la vulva de su Muy Santa Majestad debería ser frotada antes del coito»^[97-1]. Los médicos actuales podrían tomar ejemplo. ¿Te imaginas que, en vez de aconsejarte que llevaras una vida más sana, te dijeren que deberían frotarte más el chichi? ¿Sería estupendo para la salud pública!

Los hombres del xvii estaban al tanto de esto, aunque no habían entendido muchas otras cosas del mundo. El origen del complejo de inferioridad del llamado orgasmo clitoriano se encuentra mucho más cerca de nuestra era. Tenemos que remontarnos al siglo xx.

La distinción entre el orgasmo vaginal y el clitoriano, y el enaltecimiento del primero como el orgasmo auténtico, es una invención masculina moderna. Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, lanzó una nueva teoría en 1905^[98]. Consistía en que el orgasmo clitoriano constituía la forma de orgasmo propia de jóvenes inmaduras. Algo que solo debía suceder en el dormitorio adolescente. Tan pronto como una muchacha percibiese el olor a hombría, el interés por el clítoris se desvanecería para ser sustituido por un ardiente deseo de ser penetrada. La unión entre hombre y mujer era la única variante sexual saludable y lo único que debía proporcionar placer a la mujer. Las mujeres de verdad, según Freud, tenían orgasmos vaginales^[99]. ¿De dónde sacó Freud eso? ¡De su cabeza, por supuesto! Daba igual que hubiese un mar de mujeres en profundo desacuerdo con él. Porque estaban enfermas. Padecían una afección imprecisa, la frigidez, caracterizada principalmente por la incapacidad de obtener placer por medio del magnífico miembro masculino, tal y como debía ser. Fue la técnica de dominación por excelencia. O estabas de acuerdo con él o estabas loca^[100].

Según Freud, las mujeres debían acudir urgentemente a un psicólogo si obtenían placer al tocarse el clítoris o si, Dios no lo quisiera, no alcanzaban el orgasmo durante el coito vaginal con su marido. Por supuesto, para el hombre esto molaba: si la tía no se corría, no se debía a que él fuera malo en la cama; era que ella debía trabajar consigo misma. El hombre obtuvo la bendición oficial para ir a su bola, correrse y dar la espalda, satisfecho, a su pareja al apagar la luz. El placer de la mujer era responsabilidad de ella.

Freud no era un cualquiera, y su teoría ganó muchos adeptos. Así fue como de repente la experiencia femenina de miles de años se tachó de neurosis propia de niñas. El clítoris, considerado durante siglos como el centro del placer sexual de la

mujer, cayó en el olvido y desapareció de las enciclopedias anatómicas. Pasarían casi sesenta años hasta que alguien se atreviese a refutarlo.

En la década de 1960 se puso en marcha una revolución silenciosa en el Hospital Universitario Washington de Saint Louis, Estados Unidos. El ginecólogo William Masters y su compañera de investigación, Virginia E. Johnson, empezaron a interesarse por la sexualidad femenina e iniciaron una serie de experimentos que, según los criterios actuales, parecen auténticas locuras. Reclutaron a parejas para que mantuvieran relaciones sexuales en el laboratorio, conectados a aparatos de medición, con científicos como entusiastas espectadores. Incluso crearon un pene de plástico vibrador con una cámara en la punta, para observar qué ocurría en la vagina cuando las mujeres se corrían. El resultado de los estudios se consideró un descubrimiento médico escandaloso: el clítoris era decisivo para el orgasmo de la mujer. ¿Una bomba? Al parecer, sí.

Hoy en día sabemos que menos de un tercio de las mujeres se corren de manera habitual solo con el coito vaginal, y hay muchos indicios de que incluso para ellas el clítoris es decisivo. Algunos investigadores opinan que estas mujeres han tenido suerte en la lotería de la anatomía. Parece ser que poseen un clítoris de tamaño y localización adecuados. La primera que investigó esto científicamente fue una princesa, la francesa Marie Bonaparte, quien, a pesar de tener un gran apetito sexual y un gran número de amantes, nunca quedó satisfecha porque no alcanzó el clímax mediante el sexo vaginal^[79-2]. Tanto Bonaparte como los investigadores modernos coinciden en una cosa: un glánde clitoriano grande y una corta distancia entre el clítoris y la vagina facilitan el orgasmo^{[90-1], [101]} ya que tanto las partes externas del clítoris como las internas se estimulan en mayor medida durante la penetración. Bonaparte tomó medidas drásticas y decidió acercar su clítoris a la vagina con la ayuda de una intervención quirúrgica; por desgracia, con mal resultado^[102].

Nos gustaría que Bonaparte hubiese sabido que no alcanzar el orgasmo durante un coito vaginal con un hombre no es anormal, sino la norma. No obstante, puesto que son hombres los que se han encargado de investigar la sexualidad femenina, y son hombres los que han dominado la conversación pública sobre el sexo, este mensaje ha pasado desapercibido. El sexo se ha convertido en sinónimo de la actividad que casi solo garantiza que el hombre se corra: el pene en la vagina. Incluso se dice que un coito solo está completo cuando el hombre alcanza el orgasmo. Si solo se corre la mujer, el coito, en teoría, no ha acabado; es un coito interrumpido. Se ha borrado a la mujer del mapa.

Si queremos ser justos, el sexo cotidiano debería consistir en el placer y el orgasmo de ambas partes, y para ello el sexo en una relación heterosexual podría implicar, por ejemplo, un 50 por ciento de *cunnilingus* y otro 50 de penetración, ¿verdad? Las lesbianas declaran que alcanzan el orgasmo con mayor frecuencia durante el sexo que sus hermanas heterosexuales, por lo que es obvio que conviene

ampliar el repertorio^[103]. Es un error considerar el orgasmo femenino como una mera propina. El orgasmo debería ser la norma, también para las mujeres.

Sin embargo, no se puede pasar por alto que a las mujeres les cuesta más tener un orgasmo que a los hombres. La proporción de mujeres anorgásmicas —es decir, que nunca han tenido un orgasmo, ni solas ni acompañadas— se sitúa entre el 5 y el 10 por ciento^[78-5]. En los hombres, el problema suele ser el contrario: el de correrse demasiado rápido. En un gran estudio británico se descubrió que el 21 por ciento de las mujeres de 16 a 24 años tenían problemas para alcanzar el orgasmo durante el sexo^[73]. La mayoría de las mujeres se encuentran en la categoría de «me corro de vez en cuando».

Algunas afortunadas no saben de qué estamos hablando. Todas tenemos una amiga irritante que nos cuenta que se corre siempre, y a menudo en tres o cuatro ocasiones cada vez. Te preguntarás cuáles son sus trucos mágicos. Por desgracia, es muy probable que ella no pueda ayudarte. Los trucos mágicos tendrán algo que ver, por supuesto, pero también existen diferencias reales en cuanto a la facilidad para correrse, respecto a las cuales nada podemos hacer. Estas diferencias vienen determinadas, entre otras cosas, por los genes. A la mayoría no nos gusta imaginarnos a nuestros padres practicando sexo, pero es probable que su vida sexual recuerde un poco a la tuya. Si eres la reina de los orgasmos, tal vez puedas darles las gracias a tu madre y tu padre...

Los investigadores que estudian a los gemelos han descubierto que los genes pueden explicar hasta una tercera parte de la variación observada en la frecuencia con que la gente tiene orgasmos durante el sexo^{[104][105]}. Tal vez no te parezca mucho, pero, cuando se habla de genética, no es moco de pavo. También han estudiado la frecuencia del orgasmo con la masturbación, y en este caso la herencia desempeña un papel aún más importante. De hecho, los estudios indican que los genes explican la mitad de las variaciones observadas en el orgasmo por masturbación. De entrada, tal vez te parezca extraño que haya una diferencia entre cuánto tienen que ver los genes con las relaciones sexuales y con la masturbación, pero es probable que esta sea un reflejo más real de la capacidad física de tener orgasmos, puesto que se elimina en mayor medida la inseguridad mental, así como la interacción sexual con una pareja.

Otro factor con una gran influencia en la capacidad de las mujeres para tener orgasmos es el contexto de la relación sexual. La mayoría tienen pocas probabilidades de alcanzar el orgasmo con el típico rollete de una noche. En una encuesta a estudiantes universitarias norteamericanas, solo una de cada diez llegaba al clímax la primera vez que se acostaba con una nueva pareja, mientras que el 70 por ciento lo alcanzaba cuando llevaban más de seis meses de relación^[106].

En definitiva, hay diferencias hereditarias en la facilidad para tener orgasmos, pero lo alentador es que la gran mayoría de las mujeres pueden tenerlos si quieren. El desafío consiste en dar el paso de tener uno a solas de vez en cuando, a tenerlo casi

siempre. No decimos que sea fácil, ni que debas agobiarte por tener un orgasmo, pero funciona si estás dispuesta a currártelo. He aquí nuestra biblia del orgasmo, inspirada en los consejos terapéuticos que se dan a las mujeres que no consiguen llegar al clímax.

La biblia del orgasmo

1. **La práctica hace al maestro.** Si nunca te has masturbado, es hora de que busques un hueco en tu agenda, tal como suena. La masturbación funciona^[107]. En los estudios sobre mujeres que nunca habían alcanzado el orgasmo, entre el 60 y el 80 por ciento llegaron a tenerlo, tanto solas como con pareja, después de cinco a siete semanas de entrenamiento regular^[108]. Prometemos que es la forma más divertida de hacer ejercicio que puede recomendarte un médico. Usa los dedos o cómprate un vibrador. Haz lo que te excite y lo que te ponga en el estado de ánimo adecuado. ¿Prefieres la literatura erótica o el porno, o bien prefieres usar la imaginación? Lo más importante es que al principio NO pienses en el orgasmo como objetivo, sino que te centres en buscar técnicas que te gusten. Practica el sentir y el abrirte al placer. Practica la habilidad de vaciar la cabeza de los pensamientos que te estorban, ya sean los michelines que te sobran o los exámenes que están a la vuelta de la esquina. Cuanto más aumente tu habilidad para conseguir el orgasmo por ti misma, más aumentará la probabilidad de que lo alcances también con una pareja. Recuerda además que no está mal que tomes el asunto en tus propias manos incluso estando con alguien. No es importante quién hace qué mientras disfrutéis juntos.
2. **Reivindica tus derechos.** Debes implicar a tu pareja en el Proyecto Orgasmo. Es importante no ofender a nadie; conviértelo en un placentero proyecto común. No es culpa de tu pareja que no te corras, a menos que se niegue en redondo a hacer un esfuerzo para satisfacerte. De hecho, el trabajo pesado te toca a ti. Tus bajos no tienen un manual de instrucciones para llegar al clímax, por lo que tu pareja podría tardar años en averiguar cómo te corres a menos que le guíes.

Al principio lo más fácil es que hagas el trabajo tú misma tocándote durante el coito, o bien que os masturbéis juntos. Con el tiempo puedes enseñar a tu pareja todos tus trucos. Tal vez resulte embarazoso, pero por desgracia es la única forma de hacerlo. No esperes que salga bien a la primera. Ten paciencia y elogia a tu pareja cada vez que haga algo que funcione. Poco a poco irás formando a un o una superamante.
3. **Aprende la postura del gato.** Hay un montón de posturas sexuales y, como ya has aprendido, muy pocas son especialmente adecuadas para que la mujer llegue al orgasmo. Sin embargo, hay una que ocupa un lugar destacado: la del gato. Se ha demostrado que una variante de la postura del misionero, la Técnica de Alineamiento Coital o TAC (del inglés, *Coital Alignment Technique*, o CAT; de ahí lo del gato), es ideal para proporcionar el orgasmo a

las mujeres^{[109][110]} Exige cierta práctica y coordinación, pero merece que le dediques tu paciencia.



En la postura del gato, tu chico debe apoyarse sobre los antebrazos, en vez de las manos, para que la mayor parte posible de su cuerpo entre en contacto con el tuyo. En lugar del habitual movimiento de meter y sacar, debe deslizar el cuerpo horizontalmente hacia arriba, de modo que vuestros genitales se encuentren. Al mismo tiempo, presionáis vuestros genitales junto al otro, como una ola que alcanza la orilla. Sus caderas deben inclinarse hacia abajo para que su pubis y la raíz del pene se froten contra el clítoris. Cuando lo haga correctamente, lo notarás. Debes mantener las piernas tan rectas y juntas como sea posible, o bien entrelazarlas alrededor de las suyas de manera que tus tobillos descansen sobre sus pantorrillas.

Mientras que la habitual postura del misionero implica follar, la del gato se basa en el típico frotamiento de toda la vida. El pene no se introduce tan profundamente en la vagina, sino que estimula la parte externa, donde se localizan todas las terminaciones nerviosas, al tiempo que mantiene un contacto constante con el clítoris.

Cuando le pilléis el truco, podéis intentar el TAC inverso, en el que tú te pones encima. Entonces estás al mando y puedes controlar la estimulación del clítoris al ritmo y la presión que quieras.

4. **¡No te relajes!** «Relájate, relájate», oímos decir con frecuencia. Tal vez sea el mejor y el peor consejo del mundo. En efecto, debes tratar de relajarte

mentalmente, pero, si te quedas quieta esperando a que el orgasmo te caiga encima como un rayo, no vas bien. Debes tensar el cuerpo. Contrae los glúteos e intenta tensar los músculos de los bajos, preferentemente contrayéndolos y dilatándolos como en un ritmo orgásmico o, tal vez, al compás de tu respiración.

En primer lugar, aumentará el flujo sanguíneo en la entrepierna; es decir, te excitarás. En segundo lugar, se trata de una especie de entrenamiento mental para dirigir la atención hacia el lugar donde eso ocurre. Puedes probar a hacerlo, pero es muy difícil pensar en las albóndigas que vas a preparar para la cena si al mismo tiempo te esfuerzas en contraer los músculos de los bajos.

Al principio quizá te cueste entrar en contacto con estos músculos. Al fin y al cabo, en el gimnasio no hay una «En forma. Edición vaginal». Aunque debería existir. Las mujeres que realizan ejercicios de contracción de manera habitual experimentan orgasmos más intensos y con mayor facilidad, y tienen un mayor contacto con sus bajos. Además, dichos ejercicios previenen las pérdidas de orina y el prolapso genital, y pueden ayudar a evitar el dolor durante el coito^[111]. Puedes hacer los ejercicios de Kegel en cualquier lugar, en el autobús o antes de acostarte. También se pueden emplear bolas chinas, aunque no es necesario.

5. **Sal a correr.** El ejercicio, en especial antes del sexo, hace que te excites con mayor facilidad, y en algunos casos incrementa la capacidad de alcanzar el orgasmo^[112].
6. **Ponte calcetines.** Este consejo es en parte en broma y en parte en serio. La cuestión es que el cerebro recibe continuamente señales del cuerpo sobre cómo nos encontramos. Estas señales, junto con los pensamientos que desencadenan, compiten por nuestra atención. Es difícil tener un orgasmo cuando la cabeza no está en lo que ocurre en los bajos, sino en otras cosas, por ejemplo, en que tienes los pies fríos o te sientes gorda. Al parecer, las mujeres tenemos tendencia a este tipo de distracciones, así como a las relacionadas con el entorno. El sexólogo Alfred Kinsey observó que durante el acto sexual las ratas hembras, a diferencia de los machos, se distraen con facilidad al ver unos trocitos de queso^[79-3]. La enseñanza que debemos sacar de esto es que hemos de crear unas circunstancias lo más favorables posibles para centrar toda nuestra atención en pasar un buen rato. Si eso significa apagar todas las luces o montárselo con la camiseta o los calcetines puestos, tenlo en cuenta. Sé generosa contigo misma. El orgasmo no vendrá hasta que estés tan cómoda, tanto física como mentalmente, que logres aislarte de todo lo demás. Esta es la lección más difícil de llevar a la práctica y algo que la mayoría olvida.

Los anticonceptivos

Cuando una mujer y un hombre tienen sexo, el resultado puede ser un hijo. No debería sorprenderte, pues siempre ha sido así. Los niños no los trae la cigüeña. El sexo mola, y la mayoría desea practicarlos más veces que el número de hijos que quiere tener. Si eres heterosexual y deseas tener sexo vaginal sin tener hijos, debes plantearte el uso de anticonceptivos.

Con anticonceptivos nos referimos a los métodos que pueden disminuir el riesgo de que el acto sexual acabe en embarazo. Así pues, el coito interrumpido, también conocido como «marcha atrás», lo es, aunque no lo recomendamos.

Los anticonceptivos no son un invento nuevo, pero, dado que la medicina ha evolucionado, cada vez existen métodos más sofisticados en el mercado. Muchos de los actuales tienen cierto eco histórico. Los preservativos, por ejemplo, no son algo nuevo, aunque antiguamente se confeccionaban de cuero y no de látex. Hace 4000 años, en la antigua Grecia, las mujeres se introducían en la vagina una masa de miel y hojas para detener el paso de los espermatozoides al útero. Esto recuerda al diafragma moderno, un disco de plástico que, colocado en el cuello uterino, cierra el paso a los espermatozoides. Desde hace mucho tiempo el diafragma se utiliza poco en Noruega, mientras que ha experimentado un auge en Suecia, posiblemente a causa de una tendencia antihormonas. Los anticonceptivos también son una cuestión de moda. Tampoco los coitos interrumpidos son un invento nuevo. En el libro del Génesis puedes leer un relato sobre el coito interrumpido, protagonizado por un hombre llamado Onán, y ten la seguridad de que esta noche, o en este preciso momento, en alguna parte, alguna pareja estará haciendo exactamente eso.

Los seres humanos lo hemos probado casi todo, pero hoy en día tenemos la ventaja de que podemos elegir. Disponemos de muchas opciones que sabemos que funcionan bien. Puedes escoger la que sea adecuada para ti, tu salud y tu estilo de vida.

Tal vez sean algo que das por sentado, pero los anticonceptivos son increíbles. Te brindan la posibilidad de elegir si quieres tener hijos, sin que esa decisión afecte a tu vida sexual. Si deseas tenerlos, te permiten elegir cuándo, con quién y cuántos serán. Los coitos interrumpidos, los diafragmas y las mezclas de plantas y miel en la vagina debían de tener cierto efecto, pero el cambio radical llegó con la aparición de la píldora anticonceptiva en los años cincuenta.

Fue toda una revolución. La píldora anticonceptiva ya era un método eficaz en aquel entonces, y en la actualidad es aún mejor, puesto que lleva muchos años ensayándose y testándose clínicamente. La píldora transformó la posibilidad que tenían las mujeres de elegir la clase de relaciones que mantenían. Les permitió

controlar su vida sexual y hacer una planificación familiar según su vida profesional y su economía.

Desde entonces se han desarrollado nuevos métodos anticonceptivos, entre ellos los de efecto duradero, como el implante anticonceptivo y el dispositivo intrauterino (DIU) hormonal. Las autoridades sanitarias recomiendan estos métodos como primera elección.

Basta de ecos históricos. Ha llegado el momento de hablar de la situación actual, y hemos de ser muy sinceras: la información sobre los anticonceptivos es árida, muy árida. En esta parte del libro procuraremos explicar la diferencia entre las opciones existentes. Describimos brevemente cómo deben usarse. De propina hemos añadido algunos consejos y trucos. Por lo demás, todo resulta muy técnico. Lamentamos comunicaros que esta primera parte del capítulo sobre los anticonceptivos seguramente será la más aburrida de todo el libro para algunas de vosotras. Aun así, hemos optado por incluirla. ¿Por qué? Pues porque tal vez sea el tema más importante de los que tratamos.

Con el tiempo hemos aprendido qué quieren saber las jóvenes, y muchas de ellas plantean preguntas muy complejas sobre los anticonceptivos. No es de extrañar, puesto que se trata de un tema intrincado, aunque por alguna razón se espera que las mujeres lo comprendan intuitivamente, casi sin orientación. También sabemos que numerosos mitos relacionados con los anticonceptivos gozan de buena salud y que muchas mujeres padecen efectos secundarios innecesarios debido al uso inapropiado o se sienten inseguras por no disponer de suficiente información. Ignoramos si esto se debe a que el personal sanitario que prescribe los anticonceptivos no informa o informa mal, o si proporciona tanta información de golpe que resulta difícil retenerla.

El objetivo del capítulo sobre anticonceptivos es proporcionar una introducción básica a los métodos existentes, para así facilitar las decisiones individuales. Los anticonceptivos evolucionan constantemente, por lo que te recomendamos que tengas en cuenta los consejos del personal sanitario, que dispondrá de un conocimiento más actualizado y detallado de los métodos que te interesan.

Preparados combinados con estrógenos y progestágenos	Preparados con solo progestágenos, sin estrógenos	Anticonceptivos sin hormonas	Anticonceptivos de emergencia
 <p>PÍLDORA ANTICONCEPTIVA</p>	 <p>INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA</p>	 <p>PRESERVATIVO</p>	 <p>DIU DE COBRE</p>
 <p>PARCHE ANTICONCEPTIVO TRANSDÉRMICO</p>	 <p>IMPLANTE SUBCUTÁNEO</p>	 <p>DIU DE COBRE</p>	 <p>PÍLDORA 1: LEVONORGESTREL (NORLEVO®)</p>
 <p>ANILLO VAGINAL</p>	 <p>DIU HORMONAL</p>	 <p>DÍAS SEGUROS</p>	 <p>PÍLDORA 2: ACETATO DE ULIPRISTAL (ELLAONE®)</p>
	 <p>MINIPÍLDORA</p>		
	 <p>PÍLDORA SIN ESTRÓGENOS</p>		

Anticonceptivos hormonales

¿Qué tienen los anticonceptivos hormonales para impedir el embarazo? ¿Qué entra en tu organismo cuando te tomas una píldora cada mañana, te colocas el anillo vaginal cada tres semanas o te introduces un implante subcutáneo en el brazo?

Los anticonceptivos hormonales contienen una dosis muy reducida de las mismas hormonas que se producen en los ovarios y que contribuyen a dirigir el ciclo menstrual. Cualquier anticonceptivo hormonal contiene progestágeno. Es una versión sintética de la progesterona que produce el organismo. Algunos métodos anticonceptivos contienen además estrógenos. A estos anticonceptivos se les denomina «preparados combinados», y los que solo contienen progestágenos se llaman «preparados con solo progestágenos».

Anticonceptivos hormonales con estrógenos

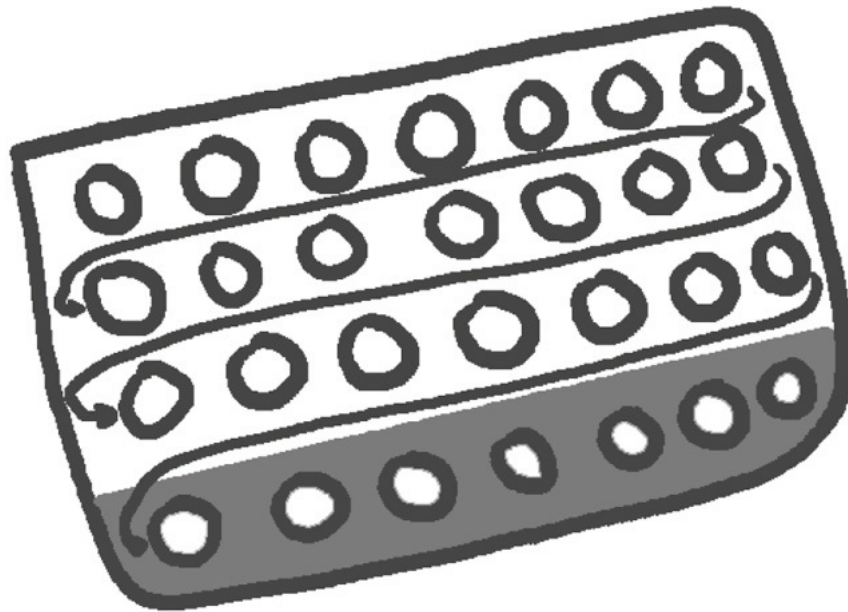
Existen tres tipos de preparados combinados: la píldora anticonceptiva, el anillo vaginal y el parche anticonceptivo transdérmico. La ventaja de los preparados combinados es que los estrógenos brindan la posibilidad de controlar la regla. La desventaja es que no todas pueden usar estrógenos, como verás más adelante.

La píldora anticonceptiva es el preparado combinado más usado y existen muchos tipos. En primer lugar, se diferencian por los tipos de estrógenos y los tipos de progestágenos que se emplean. En segundo lugar, existen píldoras con diferentes dosis de progestágenos y estrógenos. Esto tiene relevancia en los efectos secundarios, tanto positivos como negativos, aunque no puedes saber de antemano cómo funcionarán en tu caso los diferentes tipos. Se trata de experimentar hasta encontrar la marca adecuada. Si vas a empezar a tomar la píldora, la recomendación de las autoridades sanitarias noruegas es que en primer lugar pruebes las que contienen el progestágeno levonorgestrel, es decir, Loette, Microgynon y preparados similares.

Existen dos categorías principales de píldoras anticonceptivas, las multifásicas y las monofásicas, pero ¿qué demonios significa eso?

La mayoría son monofásicas. Si usas píldoras monofásicas, no importa en qué parte del blíster empieces, porque la dosis de hormonas es la misma en todos los comprimidos. En otras palabras, todos los comprimidos del blíster son idénticos. Casi todas las píldoras monofásicas están concebidas para, de alguna manera, crear un ciclo menstrual artificial que debe durar un determinado número de días. En la mayoría son 28. En ese caso, se toma la píldora durante 21 días del ciclo, en los que no se producirá ningún sangrado. Los últimos siete días son la denominada «semana de descanso», en la que puedes tomar los comprimidos placebo que se incluyen en algunos envases o hacer una pausa con las píldoras. Durante los días sin hormonas, el

endometrio suele desprenderse del útero, con lo que se produce el sangrado. Algunos ejemplos de píldoras monofásicas que siguen un diseño de 21 + 7 días son Loette 28, Microgynon, Marvelon y Yasmin. Otras píldoras monofásicas están dispuestas de modo que se toman 24 comprimidos hormonales seguidos, para luego realizar un descanso de cuatro días. Ejemplos de píldoras anticonceptivas que siguen el diseño de 24 + 4 días son Yaz y Zoely. Si quieres evitar el sangrado, puedes saltarte el descanso y empezar un nuevo envase de píldoras hormonales. Hablaremos de esto más adelante.



Las píldoras multifásicas no tienen la misma dosis de hormonas en todos los comprimidos, y cada marca dispone de su propio diseño del ciclo en relación con el número de días en que se toman las píldoras hormonales y el número de días de sangrado. Con las píldoras multifásicas no puedes elegir en qué parte del blíster comienzas. Debes seguir las instrucciones al pie de la letra. Si usas píldoras multifásicas, es muy importante que leas el prospecto para usarlas correctamente, sobre todo si quieres saltarte la regla. Para más información sobre la comercialización de estas píldoras, debes consultar a tu ginecólogo.

Cuando usas la píldora anticonceptiva, previenes el embarazo todo el tiempo, incluso los días de descanso, en los que no las tomas. Es decir, puedes mantener relaciones sexuales sin utilizar otros métodos anticonceptivos. Pero si se te olvida tomar una puedes perder la protección. El número de píldoras que puedes olvidar antes de que exista la posibilidad de embarazo depende del tipo de píldora. Por lo tanto, sigue las indicaciones del prospecto incluido en el envase y las instrucciones del médico, la enfermera de salud pública o la matrona. Cuando las píldoras olvidadas conllevan una falta de protección contra el embarazo, se dice que ha habido un fracaso del método anticonceptivo^[113].

El anillo vaginal es un anillo de plástico que se coloca en la vagina. Tiene el aspecto de una rosquilla y es suave y fino como un espagueti. Para más información sobre la comercialización del anillo vaginal en España, consulta a tu ginecólogo. Para insertarlo en la vagina debes apretarlo entre los dedos e introducirlo bien. Cuando lo sueltes, el anillo recuperará su forma original, de modo que se adaptará a las paredes internas de la vagina y quedara retenido. Cuando tengas que sacarlo, verás que se extrae fácilmente con el dedo corazón.



El anillo vaginal contiene una combinación de estrógenos y progestágenos. Las hormonas atraviesan las membranas mucosas de la vagina y acaban en la sangre. A muchas les parece que debe de ser incómodo andar con un objeto dentro de la vagina. También se preguntan si el anillo vaginal puede desaparecer.

Una vez introducido el anillo vaginal, no debe notarse su presencia, lo mismo que ocurre con los tampones. Aun así, ¡estate atenta! Aunque no sea habitual, puede suceder que el anillo caiga al váter. Le pasó a una amiga nuestra en un local nocturno, durante una noche de juerga. Nos contó que no se dio cuenta hasta la tarde siguiente. Cuando bebes alcohol, es fácil que estés menos atenta de lo habitual, y puedes tener mala suerte. Por lo tanto, es una buena costumbre introducir un dedo en la vagina de vez en cuando para comprobar que el anillo sigue en su sitio.

Como en el caso de la mayoría de las píldoras monofásicas, se debe usar el anillo durante 21 días consecutivos, es decir, tres semanas seguidas. Puedes usar el mismo anillo durante tres semanas antes de tomar un descanso de siete días para tener un sangrado. También puedes introducir un nuevo anillo acto seguido, sin pausa, para saltarte la regla.

Aunque no notes que el anillo está ahí, es posible que tu pareja sí lo note cuando tengáis sexo vaginal. Por lo tanto, algunas mujeres prefieren extraérselo antes de mantener relaciones sexuales. No hay ningún peligro. Puedes estar sin él unas horas,

pero es importante que recuerdes insertártelo de nuevo antes de que pasen tres horas. Si no, pierdes la protección contra el embarazo^[114].

El parche anticonceptivo transdérmico se coloca en la piel, y las hormonas que libera la atraviesan para llegar a la sangre. El que se vende en Noruega se llama Evra. Puedes usar una semana cada parche y, al igual que con el anillo vaginal y la mayoría de las píldoras monofásicas, debes recibir las hormonas durante 21 días seguidos. Si se te olvida cambiar de parche a tiempo, o si se te despegas, puede producirse un fracaso del método anticonceptivo^[115].



¿Cómo previenen el embarazo los preparados combinados?

Tal vez parezca extraño que las hormonas que ya tenemos en el cuerpo puedan prevenir el embarazo, pero lo cierto es que los progestágenos y los estrógenos funcionan muy bien en los preparados combinados.

Su cometido más importante es detener la ovulación. La ovulación se produce una vez en cada ciclo menstrual, es decir, alrededor de una vez al mes. Si practicas sexo sin protección unos cinco días antes de la ovulación, incluido el día en que ovulas, puedes quedarte embarazada. Este período se denomina «ventana de la fertilidad».

El uso de anticonceptivos hormonales puede compararse a un embarazo. Cuando estás embarazada, se detiene el ciclo menstrual; es casi como si alguien hubiese pulsado el botón de pausa. Si se interrumpe el ciclo menstrual, no hay ovulación, y sin ovulación no hay ventana de fertilidad ni posibilidad de fecundación.

La progesterona creada de modo natural en el organismo es responsable de la pausa que tiene lugar durante el embarazo. La progesterona indica a la hipófisis del

cerebro (la glándula que se parece a un escroto) que no siga produciendo las hormonas FSH y LH. Como tal vez recuerdes, estas hormonas son necesarias para mantener en marcha el ciclo menstrual. Sin FSH no hay fase folicular, y sin LH no hay ovulación.

Los progestágenos de los anticonceptivos hormonales hacen lo mismo que la progesterona hace en tu cuerpo cuando te quedas embarazada: comunican al cerebro que hay que interrumpir el ciclo menstrual durante un tiempo. De alguna manera, puede decirse que los anticonceptivos combinados engañan al cuerpo para que crea que se encuentra en estado de gestación.

Los preparados combinados tienen varias maneras de prevenir el embarazo; no solo impiden la ovulación. Después del coito, los espermatozoides deben subir nadando por el cuello del útero para entrar en este. En el cuello uterino hay un tapón mucoso. Los progestágenos de los preparados combinados generan un moco más viscoso, de modo que a los espermatozoides les resulte más difícil penetrar en el útero. Además, se genera un tejido endometrial más fino, lo cual dificulta la implantación de los óvulos fecundados.

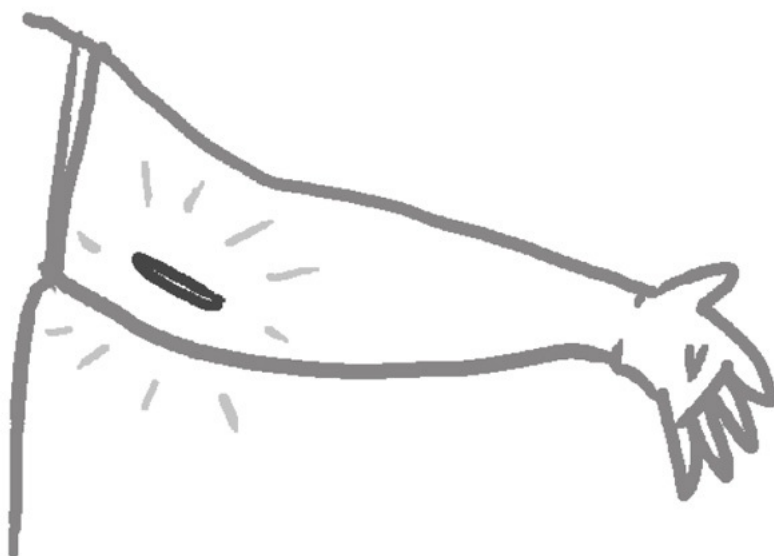
En general el estrógeno es el responsable del crecimiento de la membrana mucosa del útero, el endometrio, que luego se convierte en la regla. Los estrógenos de los preparados combinados hacen que el endometrio aumente un poco cada mes; por eso la mayoría de las que usan preparados combinados tienen un sangrado parecido a la menstruación durante el breve descanso hormonal de siete días o menos.

Anticonceptivos hormonales sin estrógenos

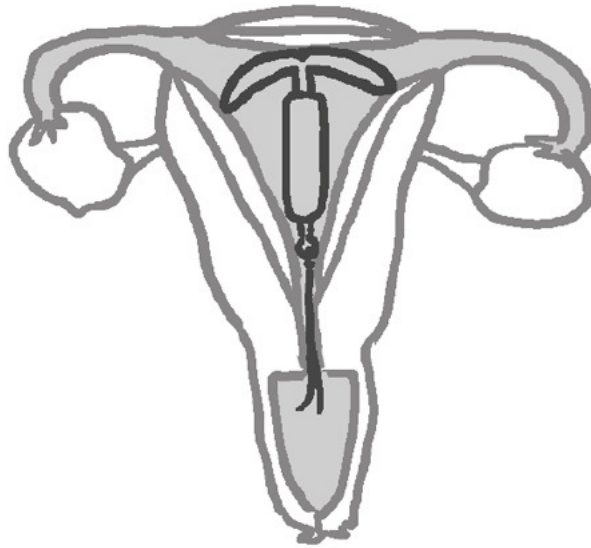
La ventaja de los anticonceptivos sin estrógenos es que pueden usarlos todas las mujeres, incluso las que, por diferentes motivos, no deben tomar estrógenos. Los métodos anticonceptivos de larga duración como el DIU hormonal y el implante anticonceptivo subdérmico son dos recursos sin estrógenos, y son los métodos que mejor previenen los embarazos. Por lo tanto, las autoridades sanitarias de muchos países los recomiendan como primeras opciones. La desventaja de los anticonceptivos sin estrógenos puede ser que no permiten el mismo control del sangrado que los preparados combinados. En otras palabras, con la anticoncepción sin estrógenos no puedes elegir cuándo tener la regla. Sin embargo, en general el sangrado es mucho menor de lo habitual en todas las variantes de anticonceptivos hormonales. Nuestra impresión es que muchas mujeres que usan el implante anticonceptivo subcutáneo experimentan trastornos menstruales, mientras que constituye un problema de menor grado para las que usan el DIU hormonal. Nuevamente, se trata de probar.

El implante anticonceptivo subdérmico es una varilla de plástico que contiene progestágenos. Para más información sobre la comercialización del implante en

España, consulta a tu ginecólogo. Con la ayuda de una especie de jeringuilla se inserta subcutáneamente en el brazo, donde puede permanecer tres años. Libera hormonas poco a poco, de modo que la cantidad de estas en la sangre es uniforme y baja. El implante es el método anticonceptivo más seguro que existe hoy en día en el mercado. Una vez insertado en el brazo, puedes despreocuparte. Los progestágenos del implante subdérmico interrumpirán el ciclo menstrual y no ovulará mientras lo tengas implantado en el brazo^[116].



El dispositivo intrauterino (DIU) hormonal es un pequeño dispositivo con forma de T que un profesional sanitario cualificado te inserta en el útero, donde libera una dosis baja de hormonas. Estas funcionan sobre todo localmente, en los bajos, pero también traspasan el endometrio y llegan a la sangre en cantidades pequeñas. Como las dosis de hormonas que circulan en la sangre son muy bajas, algunas mujeres que hayan experimentado efectos adversos con otros métodos anticonceptivos tendrán menos molestias con el DIU hormonal. El dispositivo puede permanecer en el útero tres o cinco años, según el tipo que escojas. Actualmente existen varias marcas en el mercado. Uno se llama Mirena y dura cinco años. Es el DIU hormonal con mayor dosis de hormonas y, por lo tanto, es muy conveniente para las mujeres que prefieren sangrar poco. Con Mirena muchas pierden la regla por completo. También está Jaydess. Es pequeño, dura tres años y contiene una dosis hormonal baja. Aunque Jaydess y Kyleena se comercializan en especial para mujeres que no han parido, las chicas jóvenes también pueden usar Mirena. Tiene un tamaño algo mayor y su inserción puede resultarles un tanto incómoda a algunas. Sin embargo, como recompensa, permite un mayor control del sangrado que los otros DIU hormonales y la dosis de hormonas que deja en el cuerpo es muy baja en comparación con otros métodos anticonceptivos. Eso de que el DIU es para mujeres que alguna vez han dado a luz no es más que un viejo mito. Para más información sobre los DIU que se comercializan en España, consulta con tu ginecólogo.

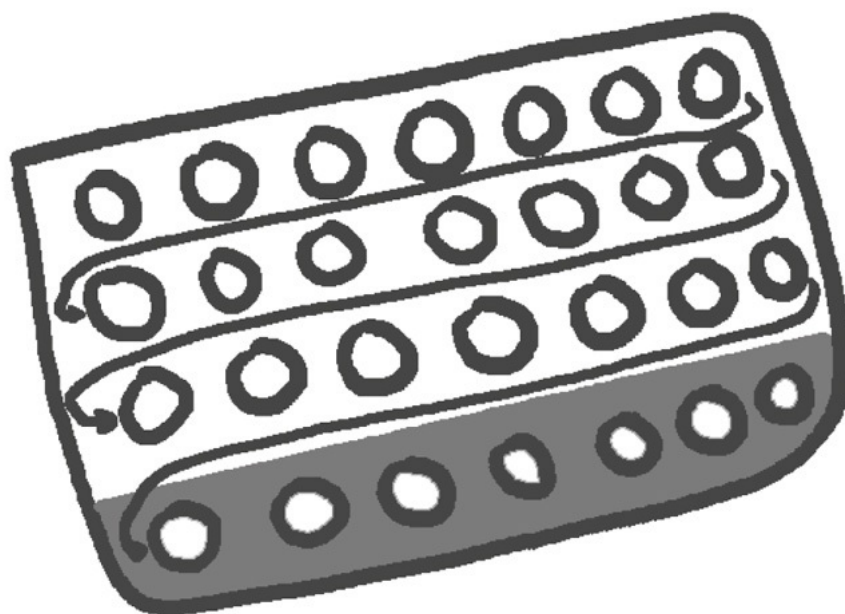


Algunas mujeres pierden la ovulación con el DIU, pero no todas. Se trata, por supuesto, de algo temporal y depende de la dosis hormonal que contenga el DIU. Es más habitual que ocurra con Mirena, puesto que tiene una dosis mayor de hormonas. Jaydess y Kyleena contienen una dosis de progestágenos demasiado baja para afectar a la hipófisis del cerebro, pero eso no significa que no sean efectivos. La finalidad más importante del DIU hormonal es local: los progestágenos generan una mucosa en el cuello uterino que es impenetrable para los espermatozoides; al mismo tiempo, crean un endometrio fino, lo que dificulta la adhesión de posibles óvulos fecundados^[117]. Los tres DIU hormonales son buenas opciones anticonceptivas que proporcionan un efecto duradero y una protección eficaz contra el embarazo. La mayoría de las mujeres experimentarán una menor cantidad de sangrado y menos dolores menstruales que antes, y muchas presentarán además menos efectos secundarios, o más suaves que con otros anticonceptivos hormonales, debido a las bajas dosis de hormonas. El efecto secundario más común, sobre todo con Jaydess y Kyleena, es el manchado y los sangrados irregulares.

Si te preocupa sentir dolor con la inserción del DIU, podría ser buena idea que tomaras un analgésico una hora antes. Algunas mujeres experimentan dolores parecidos a los menstruales durante un breve período después de la colocación, pero el dolor no tarda en disminuir. Luego no se nota su presencia, si bien en el fondo de la vagina pueden sentirse dos hilos que salen del cuello uterino. Son los que usará el médico para retirar el DIU cuando haya llegado la hora de cambiarlo.

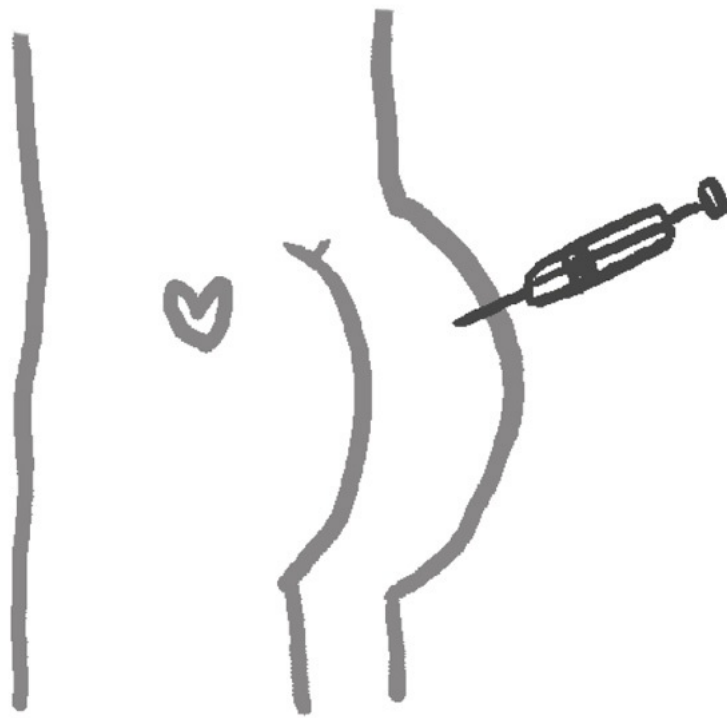
La píldora sin estrógenos es una clase de píldora anticonceptiva que se debe tomar todos los días. No debes descansar para que se produzca el sangrado. Tampoco importa si la tomas a la misma hora todos los días. En cuanto al embarazo, no se produce una menor eficacia para prevenir el embarazo hasta que pasan 36 horas o más desde la última vez que tomaste una píldora. Los progestágenos de las píldoras sin estrógenos funcionan como en el implante anticonceptivo subcutáneo, afectan a la

hipófisis del cerebro, de modo que se impide la ovulación. Asimismo, la mucosa del cuello uterino se vuelve impenetrable y el grosor del endometrio se reduce^[118].



La minipíldora debe tomarse todos los días, sin descansos para el sangrado. Contiene dosis de progestágenos menores que la píldora sin estrógenos, por lo que debes tomarla a la misma hora todos los días. Dispones de un margen de tres horas. Por este motivo es más fácil cometer errores y, por tanto, correr el riesgo de un embarazo^[119].

La inyección anticonceptiva debe administrarla un médico u otro profesional sanitario, como muy tarde, doce semanas después de la última dosis. Es decir, debes acudir al profesional sanitario para una nueva inyección cada tres meses. La inyección anticonceptiva contiene mucho progestágeno, el suficiente para impedir la ovulación. Además, afecta a la mucosa del cuello uterino y al endometrio, que se reduce. Por regla general no se recomienda la inyección anticonceptiva a mujeres menores de 25 años, puesto que las dosis hormonales son tan elevadas que pueden afectar a la estructura ósea del cuerpo^[120].



Anticonceptivos sin hormonas

¿Te cuentas entre las que prefieren los métodos libres de hormonas? Las opciones sin hormonas tienen poco en común entre sí y existen muchos motivos para escogerlas. Algunas mujeres sufren efectos secundarios con los preparados hormonales, o bien temen presentarlos, lo que se convierte en un factor decisivo. Por otro lado, la protección contra las enfermedades venéreas es una importante razón para preferir el preservativo. Otras mujeres quieren ocultar el uso de anticonceptivos a su pareja y, por lo tanto, desean que el ciclo menstrual sea como siempre.

El preservativo

Cuando se usa un condón, se bloquea el acceso de los espermatozoides al útero. El preservativo funciona como una barrera, y por este motivo se le denomina «método de barrera». En la actualidad es el único anticonceptivo masculino fácilmente disponible.

El preservativo es una especie de bolsita de látex u otro material similar que se coloca en el pene y acumula el semen cuando el hombre eyacula. Tras el coito es importante sujetarlo cuando el hombre se aparta a fin de que no se quede dentro de la vagina, con el semen y demás. Luego se retira, se le hace un nudo y se echa a la basura. No tires los preservativos al váter. Suelen volver a subir a la superficie cuando menos te lo esperas y eso no mola, ni en un piso compartido ni en casa de tu madre.

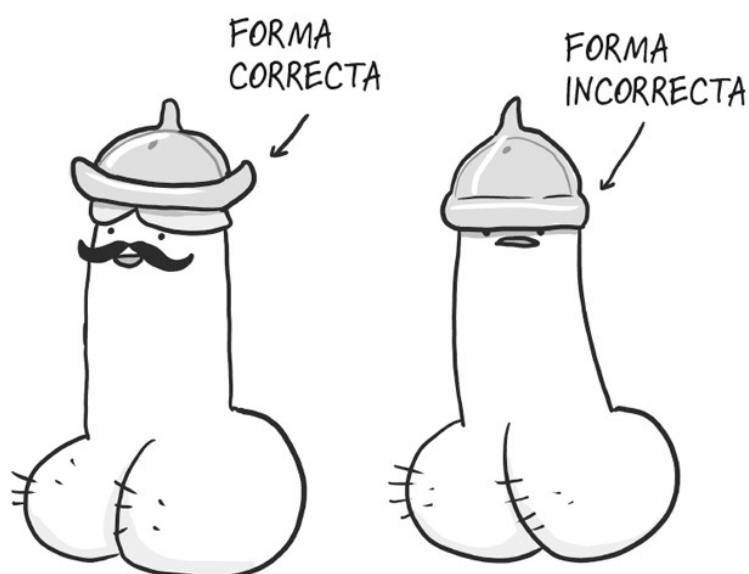
El preservativo es el único anticonceptivo que protege de las enfermedades de transmisión sexual. En otras palabras, te protege tanto de las enfermedades como del embarazo. Por eso tal vez pienses que podrías pasar del resto de anticonceptivos y usar solo condón, pero lamentablemente se producen muchos accidentes con este método. El preservativo puede reventarse, salirse o romperse, y por esta razón muchas deciden combinarlo con otro anticonceptivo.

Muchas personas utilizan el condón de forma errónea, lo que aumenta el riesgo de que algo salga mal. Por eso adjuntamos un manual sobre el perfecto uso del preservativo.

La escuela del preservativo

1. Mira la fecha de caducidad. Un preservativo viejo se rompe con más facilidad.

2. Abre el envoltorio del preservativo con cuidado. Ojo con las uñas afiladas, los dientes y las joyas, que podrían dañarlo.
3. Cuando el pene esté erecto, coloca el preservativo como si fuera un sombrero mexicano.



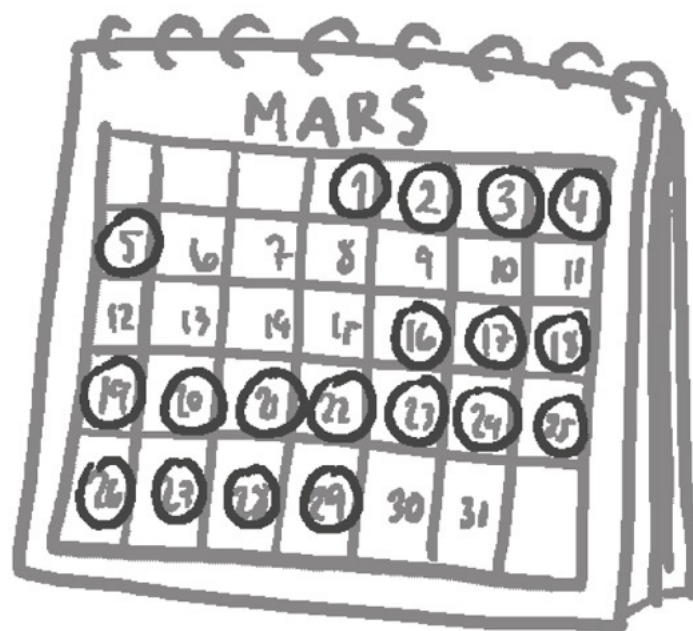
4. Aprieta la punta del preservativo para sacar el aire. El aire puede provocar que se reviente el condón.
5. Agarra el preservativo cuando se retire el pene de la vagina, pues de lo contrario podría escaparse el semen.
6. Tienes que usar el condón durante todo el coito para protegerte del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual, pero solo debes usarlo una vez.

También existen métodos de barrera para las mujeres. Ya hemos hablado de la versión moderna de la masa de hojas y miel, es decir, el diafragma, que es popular en Suecia. Asimismo, existe una especie de condón inverso que es como una bolsa y se coloca en la vagina en vez de alrededor del pene. Son los llamados «preservativos femeninos», que también protegen de las enfermedades de transmisión sexual. Por lo que sabemos, se usan poco en nuestra parte del mundo.

Días seguros: encuentra la ventana de la fertilidad

El período del ciclo menstrual en que puedes quedarte embarazada se conoce como «ventana de la fertilidad». El objetivo de algunos anticonceptivos consiste en identificarla a fin de evitar el sexo cuando haya riesgo de embarazo.

Existen distintos métodos: puedes basarte en un calendario menstrual, tomarte la temperatura basal corporal cada mañana o examinar el moco cervical. A menudo se combinan los procedimientos para aumentar la seguridad.



Ninguno de estos métodos es bueno para impedir el embarazo. Los consideramos demasiados ineficaces para recomendárselos a las mujeres que no quieran, bajo ningún concepto, quedarse embarazadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 25 por ciento de las que usan la medición de temperatura se quedarán embarazadas en el transcurso de un año. Es decir, una de cada cuatro. Son muchas, pero, si para ti el embarazo no es una catástrofe, puedes evaluar si estás dispuesta a arriesgarte.

Debido al creciente interés por esta clase de métodos anticonceptivos, explicaremos brevemente sus principios, aunque no los recomendamos. A pesar de que no son seguros, tienen cierto valor. Las mujeres que desean ser madre pueden emplearlos para identificar la ventana fértil, de modo que les resulte más fácil quedarse en estado.

Las que calculan la ovulación con la ayuda de un calendario menstrual toman como punto de partida la información que proporcionamos en el apartado dedicado al ciclo menstrual. Normalmente la ovulación tiene lugar en el mismo momento de cada ciclo, es decir, alrededor de 14 días antes de la menstruación.

Las que usan la medición de temperatura parten de que la temperatura basal se modifica un poquito a lo largo del ciclo menstrual: ¡0,3° C de hecho! Como tal vez recuerdes, el ciclo menstrual tiene dos fases. La temperatura basal aumenta uno o dos días antes de la fase II y permanece elevada durante unos diez días. Al principio de la fase II se libera en la sangre una gran cantidad de LH, que proviene del cerebro. Este fuerte incremento de LH desencadena la ovulación, que suele tener lugar uno o dos días después del aumento hormonal. Dicho de otro modo, la ovulación aparece entre dos y cuatro días después de que suba la temperatura basal. Si te tomas la temperatura todos los días durante un largo período de tiempo, averiguarás en qué momento del ciclo sueles ovular, y esto constituye el punto de partida cuando buscas los días en los que eres más fértil.

Observando el moco cervical también puedes saber cuándo vas a ovular. Para que este método funcione debes examinar el flujo todos los días y buscar alteraciones. Justo antes de la ovulación se vuelve transparente y mucoso, de tal modo que puedes estirarlo entre dos dedos hasta que alcanza varios centímetros. Cuando acaba de producirse la ovulación, el flujo es blanco y cremoso. Este método requiere que conozcas bien tu flujo y que dediques tiempo a familiarizarte con los cambios que experimenta a lo largo del ciclo. Por otro lado, hay afecciones genitales que podrían influir en su consistencia y dificultar la evaluación del momento del ciclo en el que te encuentras^[121].

Ahora estos métodos tal vez te parezcan complicados, y ahí está el problema. Implican echar cuentas, hacer anotaciones en un diario y dejar varios días de margen. Existen muchas posibilidades de error. No solo exigen un gran esfuerzo a la mujer que los usa, sino que además hay que presuponer que tiene una menstruación totalmente regular y una única ovulación por ciclo. Por todos estos motivos se trata de prácticas poco seguras.

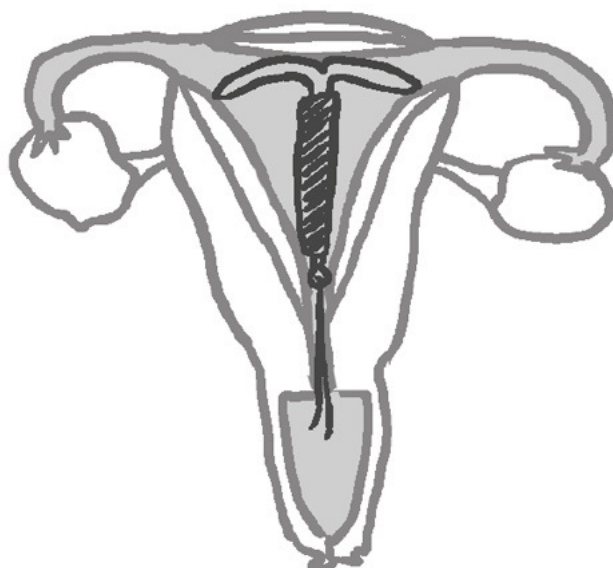
Aunque en un ciclo menstrual normal solo se produce una ovulación, pueden darse varias ovulaciones por ciclo. El embarazo es posible si el coito tiene lugar entre los cinco días anteriores a la ovulación y el día posterior a esta.

Por otro lado, el ciclo menstrual puede verse alterado por factores externos, como el estrés, los cambios de peso o las enfermedades. Con frecuencia las mujeres jóvenes tienen ciclos más irregulares que las mayores, de modo que estos métodos serán todavía menos adecuados para ellas.

El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre

El DIU de cobre es una opción sin hormonas que sí respaldamos. Menos del 1 por ciento de las mujeres que lo usan se quedan embarazadas en el transcurso de un año. Al igual que el DIU hormonal, el de cobre es un pequeño dispositivo en forma de T que un médico u otro profesional sanitario introduce en el útero. La diferencia es que este último está recubierto de hilos metálicos, de cobre. Puede permanecer en el útero hasta cinco años y durante ese tiempo proporciona una buena protección contra el embarazo. De la parte inferior del dispositivo cuelgan dos hilos, que asomarán por la abertura del cuello uterino, de modo que con los dedos podrás comprobar si sigue en su sitio. Lo mismo ocurre con el DIU hormonal. El médico usa esos hilos para retirar o reemplazar el DIU.

Existen varios tipos de DIU de cobre, con pocas diferencias entre ellos en cuanto a calidad. No obstante, sí hay diferencias de precio, y el más barato cuesta alrededor de unos 37 €. Si llevas el DIU cinco años, el coste asciende a poco más de unos 0,60 € al mes, por lo que es una opción muy barata comparado con otros métodos anticonceptivos eficaces^[122].



No se sabe a ciencia cierta por qué y cómo previene el DIU de cobre el embarazo. Sí sabemos que ocasiona una pequeña inflamación en el útero, cuyo estado, por lo tanto, se modifica^[123]. Eso impide el embarazo. Una teoría es que el útero comienza a liberar sustancias espermicidas a causa de la inflamación, o bien que posiblemente el cobre mate los espermatozoides. Según otra teoría, el DIU impide que los posibles óvulos se adhieran a la pared uterina.

Las usuarias de DIU de cobre ovulan con normalidad todos los meses, a diferencia del gran número de mujeres que usan anticonceptivos hormonales. El DIU de cobre no tiene nada que afecte al cerebro o a los ovarios. Solo tiene un efecto local, en el útero.

No provoca efectos secundarios hormonales, si bien muchas experimentan sangrados más abundantes y dolores menstruales más intensos que antes. Entre dos y diez de cada cien mujeres deciden quitárselo el primer año debido a estas molestias^[124]; por consiguiente, no suele recomendarse el DIU de cobre a las mujeres que presentan esa clase de inconvenientes.

Existen muchos mitos en torno al DIU. El más extendido es que no puedes usarlo si no has dado nunca a luz. Pues no, puedes usar el DIU de cobre o el hormonal aunque no hayas parido, y puedes probar el de cobre aunque seas joven. El DIU es un método anticonceptivo antiguo y bien establecido, y con los años se han desarrollado dispositivos cada vez más pequeños y seguros.

Desde el punto de vista práctico, la introducción del DIU puede resultar incómoda, puesto que debe atravesar el estrecho conducto que lleva al útero. Muchas experimentan lo que parecen dolores menstruales breves e intensos. Puede ser conveniente tomar un analgésico antes de la inserción. Asimismo, es importante tratar de relajarse bien. Habla sobre esto con el médico que vaya a colocarte el DIU.

Si los hilos del extremo del DIU desaparecen de repente, debes ponerte en contacto con el médico. Es posible que el útero haya «expulsado» el dispositivo, y en

tal caso careces de protección contra el embarazo. Al parecer, la expulsión del DIU les ocurre al 5-10 por ciento de las usuarias. En casos extremadamente raros la mujer puede haberse quedado en estado si no siente los hilos. Es posible que los hilos se retiren al útero a causa del embarazo.

Anticonceptivos de emergencia: cuando cunde el pánico

Domingo por la mañana. Anoche tuviste sexo y no empleaste anticonceptivos seguros. No quieres quedarte embarazada y te sientes tan aterrada que te duele la tripa. No eres la primera a quien le pasa, ni serás la última. A veces la cosa sale mal, y por eso tenemos anticonceptivos de emergencia. Puedes usarlos después de un coito sin protección o de un fracaso del método anticonceptivo. La definición del fracaso del método anticonceptivo varía de un método a otro. Puede tratarse de píldoras olvidadas, un anillo vaginal que se ha caído o un preservativo roto. Es importante que te informes bien acerca del método anticonceptivo que usas, para que sepas cuándo te enfrentas a un fallo. ¿Cuánto tiempo debe transcurrir entre la toma de dos píldoras para que se considere un fracaso del método anticonceptivo? ¿Cuánto tiempo debe estar el anillo fuera de la vagina? Pregunta al médico, a la enfermera de salud pública o a la matrona sobre los criterios relativos al fracaso del método anticonceptivo que usas.

El fracaso de los anticonceptivos hormonales —como, por ejemplo, olvidarse de tomar alguna píldora— suele tener como resultado la ovulación. Muchas renuncian a los anticonceptivos de emergencia tras el fracaso del método anticonceptivo porque no entienden que corren el riesgo de quedarse embarazadas. Tal vez han pasado varios días desde que tuvieron sexo, y luego se les olvidó tomar la píldora. Pero ¿recuerdas que los espermatozoides pueden sobrevivir cinco días en el útero a la espera de un óvulo? Eso significa que puedes quedarte embarazada a consecuencia del sexo que tuviste hasta cinco días antes si experimentas un fracaso del método anticonceptivo cuyo resultado sea una ovulación hoy.

Nos desagrada el sobrenombre de «píldora del arrepentimiento» que le dan algunos. Vamos a desecharlo. «Píldora del arrepentimiento» es una expresión mojigata dicho con los labios apretados y las cejas arqueadas. Implica que has hecho algo de lo que debes arrepentirte, pero en realidad no ha sido así. Solo has tenido sexo y, si fue una experiencia positiva, no tiene sentido arrepentirse. Por cierto, tampoco es arrepentimiento lo que sientes cuando sacas el blíster de las píldoras para tomarte el comprimido del día y descubres que esta semana has olvidado tomarte tres; lo que sientes es pánico. En este libro cambiamos, por tanto, el nombre de «píldora del arrepentimiento» por el de «píldora antipánico».

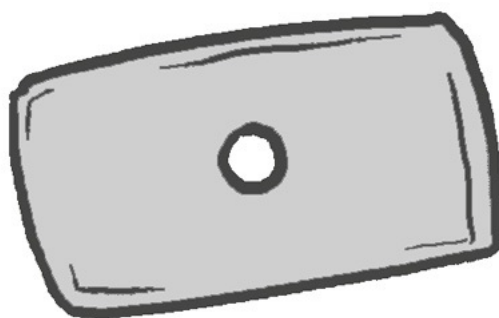
Tampoco nos entusiasma la denominación «píldora del día después». Parece referirse a algo muy simple, como si la píldora pudiese ingerirse todos los días después de tener sexo, en vez de usar anticonceptivos. No obstante, es importante no tomarse demasiado a la ligera el uso de las píldoras antipánico. No resultan tan eficaces como los anticonceptivos comunes y presentan más efectos secundarios,

aunque no sean peligrosos. Los anticonceptivos de emergencia solo deben usarse cuando fallan los otros métodos. No deben sustituir a la anticoncepción común.

Existen tres tipos de anticonceptivos de emergencia: dos son píldoras y el tercero, el DIU de cobre. El primer tipo de píldora contiene la sustancia levonorgestrel, que es una especie de progestágeno. Dicho de otro modo, contiene lo mismo que los anticonceptivos hormonales, pero con una dosis mucho mayor de progestágeno. La otra píldora contiene una sustancia llamada acetato de ulipristal, que afecta al funcionamiento de la progesterona natural en el cuerpo.

Píldora antipánico de tipo I: levonorgestrel

La píldora que contiene el progestágeno levonorgestrel es el anticonceptivo de emergencia más vendido en Noruega, donde se dispensa sin receta en farmacias.



La píldora antipánico de tipo I actúa posponiendo la ovulación. El problema es que no tiene ningún efecto si ya has ovulado o estás a punto de hacerlo. Como tal vez recuerdes del apartado sobre el ciclo menstrual, las mujeres experimentan un fuerte incremento de LH justo antes de la ovulación. Cuando dicho incremento ya se haya iniciado, las píldoras con levonorgestrel no conseguirán detener la ovulación.

Es difícil saber si la ovulación ya se ha producido. Normalmente se da una vez por ciclo, pero también puede tener lugar más veces, y tan solo aquellas con un ciclo regular saben más o menos cuándo ovulan.

Por lo tanto, la píldora no es eficaz al cien por cien, aunque reduce el riesgo de que te quedes embarazada, así que es buena idea tomarla, y cuanto antes, mejor. Lo ideal es tomarla antes de que pasen 24 horas del coito sin protección o del fracaso del método anticonceptivo. No obstante, esta píldora antipánico puede tener efecto si se toma en los tres días (72 horas) posteriores al encuentro sexual sin protección o al fracaso del método anticonceptivo. La probabilidad de que surta efecto disminuye cuanto más tiempo transcurre, de modo que lo mejor es llevar siempre una en el neceser.

No pasa nada por tomar varias píldoras de levonorgestrel en el transcurso de un mismo ciclo menstrual^[125].

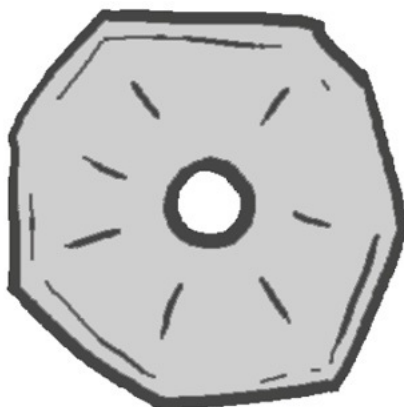
Ventajas: Disponibilidad. No afecta a otros métodos anticonceptivos. Se pueden tomar varias en un mismo ciclo.

Desventaja: Ofrece una menor protección.

Recuerda: ¡Hazte un test de embarazo al cabo de tres semanas!

Píldora antipánico de tipo II: acetato de ulipristal

En Noruega, las píldoras que contienen acetato de ulipristal se venden con el nombre de EllaOne. Esta píldora es efectiva hasta cinco días (120 horas) después del coito sin protección o del fracaso del método anticonceptivo. En Noruega, EllaOne se vende sin receta en farmacias. Para saber más sobre la comercialización de estas píldoras en España consulta con tu ginecólogo.



Al igual que la píldora antipánico de levonorgestrel, el acetato de ulipristal retrasa la ovulación. La diferencia entre ambos es que esta última puede tomarse más cerca de la ovulación y resultar efectiva. Puedes tomarla hasta el momento de la ovulación, aunque no surtirá efecto si esta ya se ha producido. Dicho de otro modo: la píldora de acetato de ulipristal es muy efectiva a pesar de que el incremento de LH ya se haya iniciado. Por este motivo es la más segura y la que previene un mayor número de embarazos.

Por supuesto, también presenta una gran desventaja. Su principal problema es que reacciona de manera desfavorable en combinación con los anticonceptivos hormonales. En primer lugar, afecta al funcionamiento de estos una vez que la tomas. Eso significa que después de ingerir la píldora antipánico deberás usar condón durante un período, ya que existe la posibilidad de que los anticonceptivos hormonales no funcionen como es debido. Durante cuánto tiempo tendrás que hacerlo dependerá del método que emplees.

Por otra parte, los anticonceptivos hormonales que uses habitualmente pueden afectar a la efectividad de la píldora de emergencia. Es decir, es algo que va en ambas direcciones. Por consiguiente, no debes utilizar anticonceptivos hormonales después de tomar EllaOne. Investigaciones recientes indican que los anticonceptivos

hormonales pueden destruir el efecto que la píldora tiene en la ovulación, de modo que esta, al fin y al cabo, no se posponga. Después de tomar EllaOne debes esperar cinco días antes de reiniciar o continuar el uso de anticonceptivos hormonales^[126].

Los anticonceptivos de emergencia con acetato de ulipristal solo deben tomarse una vez por ciclo menstrual, ya que todavía no se han investigado los efectos del uso de varias píldoras en un mismo ciclo. Esto no significa que sea peligroso, sino que se desconoce si la pastilla surte efecto al utilizarse más de una vez por ciclo. Puesto que afecta a otros anticonceptivos hormonales, también puede afectar a la eficacia de la píldora antipánico de tipo I, de levonorgestrel, si la tomas justo después de ingerir acetato de ulipristal. Si ya has usado acetato de ulipristal, lo mejor es que emplees un DIU de cobre en caso de un nuevo fracaso del método anticonceptivo^[127].

Ventaja: Mejor efecto y más duradero que el de la píldora de levonorgestrel.

Desventaja: Reacciona desfavorablemente en combinación con anticonceptivos hormonales.

Recuerda: ¡Hazte un test de embarazo al cabo de tres semanas!

Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre

Aunque el DIU de cobre es el método anticonceptivo de emergencia más eficaz, se usa poco. Te recomendamos que lo tengas presente si necesitas anticonceptivos de emergencia, porque al parecer tiene una eficacia de hasta el 99 por ciento. Impide la implantación del óvulo en el útero.

El DIU de cobre debe colocarlo en el útero un profesional sanitario, de modo que después de tener sexo sin protección debes acudir sin demora al médico, al servicio de urgencias o al centro de planificación familiar y explicar lo que ha ocurrido. Es muy eficaz durante los cinco días (120 horas) posteriores al coito sin protección o al fracaso del método anticonceptivo. El dispositivo funciona porque el óvulo fecundado no se implanta en la pared uterina antes del sexto día después de la ovulación; por lo tanto, en algunos casos puede usarse el DIU de cobre como anticonceptivo de emergencia más de cinco días después del coito, si se sabe cuándo tuvo lugar la ovulación. El DIU de cobre debe usarse, como muy tarde, el quinto día después de la ovulación.

Lo bueno del DIU de cobre es que, además de ser muy eficaz como anticonceptivo de emergencia, puedes dejarlo en el útero y usarlo como anticonceptivo habitual. Si no te gusta como anticonceptivo habitual, puedes retirarlo al cabo de poco tiempo^[122-1].

Ventajas: Alta eficacia. Puede funcionar como anticonceptivo durante los cinco años siguientes.

Desventaja: Disponibilidad, ya que requiere receta y que lo coloque un médico, una enfermera o personal sanitario cualificado.

Debes recordar lo siguiente

Muchas se creen totalmente a salvo después de tomar una píldora antipánico, pero ¡se equivocan!

Los anticonceptivos de emergencia reducen el riesgo de embarazo, pero no funcionan, ni mucho menos, tan bien como los anticonceptivos habituales. Por eso es muy importante que te hagas una prueba de embarazo después de usarlos. Te recomendamos que te la realices tanto si te viene la menstruación como si no. Si es tu pareja o tu amiga quien ha tomado la píldora antipánico, sería estupendo que le recordases que debe hacerse la prueba.

Para que la prueba de embarazo sea fiable, debes hacértela cuando hayan transcurrido al menos tres semanas desde el uso del anticonceptivo de emergencia. No tiene sentido que te la hagas nada más usarlos, pues al cabo de tan poco tiempo es imposible determinar si te has quedado embarazada.

Los anticonceptivos de emergencia tienen efectos secundarios. Los más importantes son los trastornos menstruales. Las píldoras antipánico posponen la ovulación y, en consecuencia, se retrasa la regla. Los trastornos menstruales no son peligrosos, pero pueden ser molestos. Por suerte, no son un problema duradero y pasarán. Asimismo, algunas experimentan náuseas con las píldoras antipánico. Si vomitas justo después de tomar una, debes tomar otra. Sigue las indicaciones del prospecto del envase o las instrucciones del médico.

Aunque el DIU de cobre no contiene hormonas, es habitual que se produzcan alteraciones menstruales al principio. Si las presentas y deseas seguir con el DIU de cobre como método anticonceptivo, te recomendamos que esperes tres meses para evaluar las molestias. Con frecuencia la regla se estabiliza con el tiempo.

¿Algunos anticonceptivos son mejores que otros?

Hablamos mucho de lo diferentes que somos y de que los diversos métodos anticonceptivos son adecuados para distintas mujeres, pero eso no significa que todos sean igual de eficaces. Por algo la masa de hojas y miel en la vagina es algo obsoleto y el método de los días seguros es culpable de muchos embarazos no deseados. Esa es la realidad.

Los investigadores consideran que en la actualidad el mejor método anticonceptivo es el implante subdérmico, seguido del DIU hormonal. Las usuarias del implante son las que menor riesgo corren de quedarse embarazadas.

Muchas se preguntan cómo se mide la calidad. ¿Cómo se determina cuáles son los mejores anticonceptivos? ¿Y qué significa exactamente que el implante anticonceptivo es mejor que el DIU hormonal? Vamos a aclararlo: cuando decimos «mejor», nos referimos tan solo a la efectividad del método anticonceptivo, o sea, a su eficacia para prevenir el embarazo. No hablamos de efectos secundarios ni del número de personas a las que les gusta el método anticonceptivo en cuestión. Que te guste o no un método es algo subjetivo. En cambio, su capacidad para prevenir el embarazo se puede medir de manera objetiva en estudios donde se observa cuántas mujeres se quedan embarazadas al usar un determinado método anticonceptivo. No tienes por qué preferir el método que objetivamente es mejor. La meta es encontrar un método lo más eficaz posible con el que te sientas satisfecha.

Los investigadores usan el denominado «índice de Pearl» al evaluar y comparar diferentes métodos anticonceptivos. El índice de Pearl mide la eficacia de un determinado anticonceptivo, es decir, hasta qué punto el método funciona para prevenir el embarazo. No se trata de si son peligrosos o no. Los anticonceptivos no son peligrosos.

El índice de Pearl calcula cuántas mujeres se quedan embarazadas usando un método anticonceptivo. Concretamente, indica cuántas mujeres de un grupo de 100 que usan un método anticonceptivo se quedarían embarazadas en el transcurso de un año^[24-1].

Si se investiga, por ejemplo, la eficacia de una nueva píldora anticonceptiva, se pide a un grupo de mujeres que la prueben y se observa cuántas se quedan embarazadas mientras la toman. Con la ayuda de resultados de este tipo obtenidos en un buen número de estudios, los estadísticos ordenan los métodos anticonceptivos según su eficacia. Pero ¿qué determina que haya diferencias entre los distintos métodos anticonceptivos?

Dos factores desempeñan un papel fundamental en cuanto a la eficacia de los métodos anticonceptivos. El primero consiste en cómo se usan. Es posible que algunos métodos anticonceptivos se utilicen mal, y la consecuencia de esto es una

reducción de su eficacia con respecto a los que no pueden usarse de manera incorrecta.

Pongamos el ejemplo de la marcha atrás. El objetivo es que el hombre se retire de la vagina justo antes de eyacular, de modo que el esperma acabe en el colchón, en tus tetas o en otros lugares graciosos. Pero, como muchos saben por experiencia, es muy fácil que la marcha atrás llegue un poco tarde. En el ardor del momento resulta tentador seguir un poquito más, y un único fallo puede bastar para que se produzca el embarazo. Debido a esta posibilidad de fallar, el método anticonceptivo de la marcha atrás no es muy fiable ni popular entre los profesionales sanitarios y las mujeres que no desean quedarse embarazadas. Si se realizara bien sería bastante eficaz, pero siempre hay que contar con la capacidad de errar que tiene el ser humano.

La píldora anticonceptiva, uno de los métodos más comunes, también es el peor en cuanto a errores humanos. De hecho, error humano es su segundo nombre. Es muy fácil olvidarse una píldora o dos. Bien lo saben las que se han despertado en una cama ajena, lejos del cepillo de dientes y del blíster de píldoras anticonceptivas. Por otra parte, muchas mujeres se quedan embarazadas en la semana de descanso. Salen de la rutina de tomar una píldora todos los días y se lían con la duración de la pausa. Olvidarse de las píldoras le puede pasar a cualquiera. Todas podemos tener un despiste, y algunas se despistan sin cesar.

El implante anticonceptivo, en cambio, es más seguro, porque está colocado bajo la piel y funciona sin que tengas que hacer nada de nada. Puedes olvidarte de él hasta que debas cambiarlo, y solo tienes que hacerlo una vez cada tres años. Con el implante anticonceptivo no tienes la posibilidad de cometer ningún error. Funciona con independencia de tus rutinas y tu memoria.

Por lo tanto, un factor que contribuye a determinar la eficacia de los métodos anticonceptivos tiene que ver con su uso, y no con el anticonceptivo en sí. Este factor se denomina «error humano».

El segundo factor que determina la eficacia es la calidad real del método anticonceptivo. Muchos piensan que la esterilización es la mejor opción si no quieres tener (más) hijos. Cuando una mujer se hace una ligadura de trompas, le cortan o bloquean las trompas de Falopio a fin de que el óvulo no pueda pasar al útero. Sin embargo, después de la ligadura de trompas una de cada doscientas mujeres se queda embarazada cada año. Tanto el implante anticonceptivo como el DIU hormonal son más seguros. Este tipo de error, que tiene que ver con el método anticonceptivo en sí y no con las usuarias, se denomina «error de método».

Con el implante subdérmico prácticamente no se producen embarazos, pero en el mundo de la medicina nada es blanco o negro. Alguna mujer, en alguna parte, se quedará embarazada utilice el método que utilice. Por desgracia, mientras seas una mujer y tengas sexo con un hombre, nunca puedes decir «nunca», pero sí puedes decir «casi nunca», y con eso tiene que bastar.

Dado que hay dos tipos de errores en relación con los anticonceptivos, el humano y el de método, también existen dos formas de evaluar su eficacia. Distinguimos entre el «uso perfecto» y el «uso típico» de los anticonceptivos. El perfecto implica que la persona que lo usa lo ha utilizado de manera impecable. No hay error humano: nada de píldoras olvidadas, de marcha atrás tardía o de anillo vaginal caído en el váter durante una borrachera. En el uso típico, por su parte, las mujeres hacen cuanto está en su mano para utilizar el anticonceptivo de modo correcto, como todas las usuarias de anticonceptivos en general, pese a lo cual se produce algún descuido tarde o temprano.

La diferencia entre el uso perfecto y el típico puede ir de grande a inexistente dependiendo de cuántos errores sea posible cometer usando un determinado método anticonceptivo.

Si llevas una vida rutinaria, no eres desorganizada ni despistada y controlas a la perfección lo de las píldoras anticonceptivas, es posible que tu riesgo de embarazo se acerque más al índice de Pearl de uso perfecto que al de uso típico. Solo tú te conoces lo suficientemente bien para saberlo. En cambio, si llevas una vida algo más imprevisible, es posible que merezca la pena considerar un anticonceptivo que funcione pese a los errores que puedas cometer. Los métodos sin margen de error humano, como por ejemplo el implante y el DIU, son igual de eficaces en el uso perfecto y en el típico, ya que el típico es perfecto sin que tengas que hacer el más mínimo esfuerzo.

Entonces ¿qué anticonceptivos son mejores? Abajo encontrarás una tabla con diversos métodos. Las cifras proceden de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se actualizaron en 2015, pero es posible que se modifiquen a medida que los investigadores encuentren nuevos métodos o realicen nuevos estudios de los existentes.

A la hora de elegir sería bueno saber qué resultado obtienen los diferentes anticonceptivos en los ensayos. No obstante, recomendamos que en la medida de lo posible pruebes los métodos más seguros: los de larga duración que no permiten el error humano.

La eficacia de los métodos anticonceptivos^{[24-2][128][129]}

MÉTODO	USO PERFECTO	USO TÍPICO	
	¿Cuántos embarazos se producen?	¿Cuántos embarazos se producen?	Eficacia del método anticonceptivo
Implante subdérmico	0,05%	0,05%	99,95%
Dispositivo intrauterino (DIU)	0,2%	0,2%	99,8%

hormonal			
Esterilización masculina	0,1%	0,1%	99,9%
Esterilización femenina	0,05%	0,05%	99,95%
Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre	0,6%	0,8%	99,2-99,4%
Inyección anticonceptiva	0,3%	3%	97-99,7%
Píldora anticonceptiva	0,3%	8%	92-99,7%
Preservativo	2%	15%	85-98%
Marcha atrás (<i>coitus interruptus</i>)	4%	27%	73-96%
Medición de la temperatura basal corporal	1%	25%	75-99%
Observación del moco cervical	4%	14%	86-96%
Sin protección	-	85-90%	15%

Medición de temperatura y seguridad

Quisiéramos comentar sobre todo uno de los métodos anticonceptivos de la lista anterior: el de la medición de la temperatura basal corporal. Este método ha sido objeto de una intensa polémica en la blogosfera tanto de Noruega como de Suecia a causa del proveedor Natural Cycles, que vende publicidad a través de blogueros destacados. Natural Cycles ofrece una app que calcula los días seguros tomando como referencia la toma diaria de temperatura que tú misma llevas a cabo y registras en el móvil. Natural Cycles promete una eficacia del 99,9 por ciento con estas mediciones.

No nos fiamos de esta cifra, y no somos las únicas. El portavoz de la agencia noruega de medicamentos^[130] criticó públicamente al proveedor y a los blogueros que hacían publicidad de Natural Cycles.

Como habrás visto en la tabla, solo existe un anticonceptivo serio que, según la OMS, proporcione hasta el 99,9 por ciento de eficacia: el implante subdérmico, el método más seguro del mundo. Tiene una eficacia de hasta el 99,95 por ciento tanto en el uso típico como en el perfecto. El segundo método más seguro del mundo, el DIU hormonal, ofrece una eficacia del 99,8 por ciento.

Según la OMS, los resultados de la medición de la temperatura, en la que se basa Natural Cycles, no superan el 75 por ciento en el uso típico, lo cual quiere decir que 25 de cada 100 mujeres que utilizan este método anticonceptivo se quedarán

embarazadas en el transcurso de un año. Es cierto que la medición de la temperatura puede ofrecer una eficacia de hasta el 99 por ciento en el uso perfecto (es decir, un embarazo entre 100 mujeres), pero recuerda que el uso perfecto es un valor teórico, imposible de alcanzar para la gran mayoría.

El uso perfecto de la medición de la temperatura y de Natural Cycles exige tanto a las usuarias que no es realista pensar que no cometerán errores, incluso con una app sofisticada. El método deja demasiado espacio para los errores humanos, el más obvio de los cuales es la posibilidad de mantener relaciones sexuales en el día que no toca. Nosotras mismas conocemos a varias parejas que han usado la app y han acabado esperando un hijo porque no fueron capaces de controlarse en el ardor del momento.

Presenta asimismo muchos errores de método, y por eso algunas mujeres nunca disfrutarán de una alta seguridad, aunque empleen el método correctamente. La medición de la temperatura y el método de los días seguros no funcionarían en absoluto si tuvieses fiebre, la menstruación irregular o una ovulación extra en un ciclo. Son factores que no puedes controlar.

Dicho esto, es muy posible que la probabilidad de embarazo con el uso típico del método de la medición de la temperatura sea menor con la ayuda de una app. La app elimina, hasta cierto punto, los errores de cálculo y similares, y emplea tu historial de temperaturas para estimar la probabilidad de embarazo. En un estudio financiado por Natural Cycles, se halló que su app incrementaba la eficacia en el uso típico del 75 al 92,5 por ciento. Es decir, el 7,5 por ciento de las mujeres se quedaron embarazadas en el transcurso de un año. Si las cifras obtenidas por ellos mismos son correctas, esto equivale más o menos a lo que ocurre con el uso típico de las píldoras anticonceptivas^[131]. Creemos que engañan al no mencionar esta cifra en la publicidad y dar, en cambio, un porcentaje de eficacia de 99,9.

Las usuarias de Natural Cycles deben tener ciclos regulares, llevar una vida ordenada, con tiempo suficiente para tomarse la temperatura cada mañana, poseer una voluntad de hierro para resistirse al sexo en los momentos inadecuados (o ser partidarias del uso del condón) y estar preparadas para quedarse embarazadas. Si te reconoces en esta descripción, no hay ningún problema en que pruebes Natural Cycles u otras técnicas de medición de la temperatura. Ahora bien, si quieres evitar un embarazo a toda costa, te recomendamos que elijas otro método.

La regla con anticonceptivos hormonales

Los anticonceptivos hormonales afectan al ciclo menstrual. Lo notas porque el sangrado mensual se modifica. La mayoría tiene reglas menos abundantes y de menor duración, pero no siempre es así. También puede ocurrir que la menstruación se vuelva irregular o desaparezca por completo. Es un hecho que aterra a muchas, porque existen numerosos mitos relacionados con perder o saltarse la regla. La menstruación es natural, piensan muchas; ¿acaso no la necesita nuestro cuerpo? ¿De verdad debemos manipular a la naturaleza de esa forma?

Como quizá recuerdes del apartado sobre la regla, nada indica que el sangrado menstrual en sí reporte beneficios. Al menos así es cuando usas anticonceptivos hormonales. El ciclo menstrual con anticonceptivos hormonales ya no es un ciclo normal; de hecho la mayor parte de esa clase de anticonceptivos lo detiene por completo. Por lo tanto, el sangrado que aparece tampoco es una menstruación normal, sino algo que llamamos «sangrado por privación».

Empecemos con lo que ocurre con los sangrados si usas preparados combinados. Los investigadores que crearon la píldora anticonceptiva hace más de cincuenta años incluyeron una semana sin píldora todos los meses para que las mujeres tuvieran un sangrado por privación. Pensaron que sería más fácil que se aceptara la píldora como método anticonceptivo si las hormonas creaban algo parecido a un ciclo menstrual normal, con sangrado regular cada cuatro semanas. Aunque el anticonceptivo imite un ciclo natural, no es natural. Tampoco es natural el sangrado, y no hay nada antinatural en saltárselo.

Normalmente el estrógeno es el responsable de que aumente el endometrio, la membrana que luego se convierte en la regla. Con el estrógeno de los preparados combinados, el endometrio aumenta un poco todos los meses y, por lo tanto, la mayoría de las que usan este método anticonceptivo experimentará un sangrado por privación durante el descanso, de siete días o menos, de la píldora, del parche o del anillo, aunque no tengan un ciclo normal. El aumento del endometrio es menor de lo habitual, y por eso no necesariamente sangran con tanta frecuencia como cuando no usan anticonceptivos. Para muchas, cada mes puede ser superfluo.

Si usas preparados combinados, puedes saltarte la regla cuantas veces quieras o incluso tomar las píldoras de manera continuada y tener el sangrado cuando te convenga. No es peligroso, y funcionará. Los progestágenos del preparado combinado fijan el endometrio para que no se elimine con el sangrado. Si usas preparados combinados y te saltas el sangrado por privación bastantes veces, es probable que acabes por experimentar lo que denominamos «sangrado por interrupción». Los progestágenos fijan el endometrio el máximo tiempo posible, pero al final este no aguanta más. Los sangrados por interrupción significan que sangras

mientras usas hormonas, es decir, fuera del descanso que puedes tomar con la píldora, el anillo o el parche anticonceptivos. Pueden ser manchados, es decir, pequeños sangrados irregulares en forma de, tal vez, unas gotas en las braguitas, o un sangrado más abundante parecido a la menstruación. Es normal y solo significa que es hora de tomar un descanso de hasta siete días; después puedes volver a saltarte los sangrados por privación.

Muchas creen que el sangrado mensual que se tiene usando preparados hormonales puede mostrar si hay un embarazo, y que saltarse el sangrado demasiado tiempo podría ocultar un posible embarazo, pero no es del todo correcto. De hecho, es posible perder por completo el sangrado con los preparados combinados, aunque tomes alguna semana de descanso de vez en cuando. No significa necesariamente que estés embarazada. Por otro lado, es posible tener pequeñas hemorragias durante el embarazo. En general, con los anticonceptivos hormonales los sangrados son muy leves, y no son lo mismo que la regla habitual. En definitiva, puedes estar embarazada aunque tengas sangrados leves en la semana de descanso. El principal mensaje es que puedes confiar en el anticonceptivo que usas. Los preparados combinados son seguros si se utilizan correctamente. Sin embargo, si notas algún cambio y sospechas un embarazo, la única forma de comprobarlo es mediante un test de embarazo.

Muchas mujeres tienen frecuentes sangrados por interrupción, lo que puede generar molestias con el tiempo. Para algunas, la solución puede consistir en cambiar de anticonceptivo. Si usas la píldora con dosis bajas de estrógenos, tal vez valga la pena que te pases a la que tiene dosis más altas de estrógenos, pues proporciona un mayor control del sangrado. Consulta con el médico cuál es la más indicada en tu caso.

La regla que se tiene con los preparados elaborados con solo progestágenos difiere mucho de la que se tiene con los preparados combinados. La principal diferencia radica en que no puedes determinar cómo será el ciclo ni modificarlo o controlarlo. Esto ocurre porque tomas la misma dosis de hormonas todos los días, sin realizar un descanso. Si haces un descanso, pierdes la protección. Por lo tanto, el sangrado se producirá cuando los progestágenos no puedan seguir fijando el endometrio, lo que podrá suceder en cualquier momento. Todos los sangrados con preparados con solo progestágenos se producen, en la práctica, como sangrados por interrupción, puesto que no existe un momento indicado para el sangrado por privación.

Los progestágenos fijan la membrana mucosa del útero, de modo que dificultan su expulsión mediante el sangrado. Por otra parte, el revestimiento endometrial se vuelve más fino. Dado que los preparados con progestágenos no contienen estrógenos, no hay nada que favorezca el crecimiento endometrial. Por consiguiente, no es seguro que se produzca un sangrado, aunque muchas sí lo experimentan, pues el cuerpo también produce estrógeno de manera natural.

Cuando empiezas a usar un preparado con solo progestágenos, es como jugar a la ruleta rusa con el ciclo menstrual. No sabes de antemano cómo será. Sin embargo, se dará una de estas tres posibilidades: sangrado regular, ausencia de sangrado o sangrado irregular.

Muchas creen que las que usan el implante hormonal subdérmico o el DIU hormonal pierden la menstruación. No es correcto. Muchas acaban sin sangrado, pero también existe la posibilidad de que tengas sangrados muy irregulares o un ciclo totalmente regular. En cualquier caso, la cantidad del sangrado disminuye en mayor medida que en quienes no usan un anticonceptivo hormonal.

Igual que ocurre con los preparados combinados, el sangrado originado por los preparados con solo progestágenos no descarta un embarazo. Nos han llegado preguntas de chicas que se hacen una prueba de embarazo cada tres meses porque han perdido la regla por los anticonceptivos. Es innecesario y costoso. El sangrado no es una indicación fiable de embarazo cuando usas un preparado con solo progestágenos. Hazte un test de embarazo en caso de fracaso del método anticonceptivo y de dudas sobre si estás protegida contra el embarazo.

Aunque el DIU de cobre no sea un preparado hormonal, pueden aparecer efectos secundarios relacionados con la regla. Al contrario de lo que ocurre con los anticonceptivos hormonales, que disminuyen el sangrado, el DIU de cobre provoca en muchos casos un aumento del sangrado y dolores menstruales más intensos. Esto afecta sobre todo a las que ya presentaban sangrados abundantes, dolorosos y de larga duración. Hasta una de cada diez decide retirarse el DIU de cobre el primer año a causa de estas molestias^[124-1].

Cómo saltarse la regla

En ocasiones no nos viene bien tener la regla, ya sea por unas vacaciones en la playa, por un viaje de esquí con el novio o porque no soportamos la idea de lidiar con sangre y dolor una semana antes de un examen. Toda mujer que tenga la menstruación reconocerá que es así, sobre todo aquellas con sangrados abundantes y dolores fuertes. Pues bien, puedes postergar el sangrado cuando te convenga.

Es más fácil retrasarlo si usas un preparado combinado como la píldora, el parche transdérmico y el anillo vaginal^[132]. Si no es así, puedes usar un medicamento concebido para posponer la regla^[133].

Si usas preparados combinados, puedes proceder de la siguiente manera:

Píldoras monofásicas: Normalmente tomas las píldoras que contienen hormonas durante 21 o 24 días antes del descanso de siete o cuatro días, según el tipo de píldoras monofásicas. En este período se produce el sangrado. Si deseas saltártelo, al acabar las píldoras que contienen hormonas pasas a un nuevo blíster. Por lo tanto, las que usan blísteres con 21 píldoras hormonales no hacen la semana de descanso habitual. Si vienen píldoras de placebo, de modo que el blíster contenga 28 comprimidos, puedes tirarlas. Si usas un envase de tipo blíster con 24 píldoras hormonales y cuatro días de descanso, te saltas este e inicias un nuevo blíster de 24 píldoras hormonales. En cuanto a las píldoras multifásicas, también puedes saltarte la regla con ellas, pero necesitas una explicación más detallada. Si usas esta clase de píldoras, te animamos a acudir a un médico o una enfermera si tienes preguntas, y a leer las instrucciones correspondientes en el prospecto del fármaco.

Anillo vaginal: Normalmente se lleva el anillo vaginal durante tres semanas y se toma una de descanso, que podemos denominar «semana sin anillo» o «sin hormonas». El sangrado se produce esa semana. Si quieres evitarlo, introduce un nuevo anillo en la vagina después de tres semanas, sin hacer el descanso de una semana.

Parche anticonceptivo transdérmico: Normalmente se cambia una vez a la semana en el transcurso de tres semanas y se hace un descanso sin parche la cuarta semana, cuando se produce el sangrado. Para saltártelo, colócate un nuevo parche la cuarta semana en vez de hacer el descanso.

Si no usas preparados combinados, puedes proceder de la siguiente manera:

El medicamento Primolut-N contiene una hormona que aplaza la menstruación. Puede ser una solución para las mujeres que no deseen empezar con un método anticonceptivo con estrógeno pero que quieran saltarse la regla durante un breve período de hasta dos semanas.

Empiezas a tomar Primolut-N tres días antes de que deba venirte la regla: un comprimido, tres veces al día. Esto significa que debes tener un buen control sobre la llegada de la menstruación. Sin un ciclo regular, será difícil usar Primolut-N con resultados satisfactorios. Luego tomas tres píldoras al día durante el tiempo que desees posponer la regla, hasta un máximo de 14 días. En otras palabras, no puedes retrasarla todo el tiempo que quieras.

La mayoría puede usar Primolut-N, pero algunas deben abstenerse, y esto es algo que un médico te ayudará a determinar. Mientras tomes Primolut-N, es importante que uses condón como protección contra el embarazo, ya que este fármaco no es un método anticonceptivo. Un tratamiento tiene el coste de 6,5€.

Cómo usar la píldora anticonceptiva de la mejor forma posible

La píldora puede ser un auténtico rollo. Sin embargo, es un método popular. Como has visto en un apartado anterior, es posible quedarse embarazada mientras se toma, sobre todo porque es muy fácil cometer errores.

Lo guay es que existe una manera de usar la píldora que reduce el riesgo de embarazo, los trastornos menstruales y el número de sangrados. Este método funciona para todos los preparados combinados. Por lo tanto, puedes proceder del mismo modo con el parche y con el implante anticonceptivo. Las usuarias de píldoras multifásicas deben seguir las instrucciones del médico, la enfermera o la matrona.

Las píldoras y el resto de preparados combinados son eficaces siempre que los uses de forma correcta. Como sabes, los preparados combinados están concebidos con una pausa incorporada. Recibes hormonas durante tres semanas (21 días) y a continuación viene una semana (siete días) sin hormonas, bien sin píldoras de ninguna clase o con píldoras de placebo. Durante estos siete días se produce un sangrado por deprivación. Con Yaz y Zoely tomas píldoras hormonales durante 24 días y haces un descanso de cuatro.

21 más 7 y 24 más 4 son números tremendamente importantes en los preparados combinados. Porque marcan dos límites fundamentales.

Cuando usas preparados combinados, debes tomar hormonas durante al menos 21 o 24 días para que el método de anticoncepción sea seguro. Si las tomas menos de 21 o 24 días seguidos —por ejemplo, si se te olvidan las últimas dos píldoras del blíster y acabas a los 19 o 22 días en vez de a los 21 o 24—, existe el riesgo de que desaparezca la protección y ovules. Entonces podrías quedarte embarazada. Es decir, 21 o 24 días con hormonas significa tomar la píldora un mínimo de 21 o 24 días seguidos. No pasa nada por usar hormonas más tiempo. Mientras sobrepases el límite, puedes tomar la píldora durante 30, 50 o 100 días seguidos. Depende de ti.

El número 7, o el 4 si usas Zoely o Yaz, es un límite que indica que el descanso de las hormonas puede ser de siete o cuatro días como máximo. No debe prolongarse más. Si lo alargas más, no tendrás protección contra el embarazo. No pasa nada si haces un descanso de, pongamos, tres días. Si tienes un sangrado breve, de por ejemplo solo dos días, puedes reiniciar la toma de hormonas después de dos días de descanso, pero jamás debes realizar un descanso que dure más de siete o cuatro días, ya que podría producir una ovulación y correrías el riesgo de quedarte embarazada.

Mientras recibas hormonas durante un mínimo de 21 o 24 días y hagas un descanso de siete o cuatro días como máximo con métodos como las píldoras monofásicas, los parches anticonceptivos y el anillo vaginal, puedes usar los preparados combinados como quieras. Dado que se producen tantos embarazos

involuntarios durante la semana de descanso, es una ventaja reducir al mínimo el número de semanas sin píldora. Realmente contribuye a que los anticonceptivos sean más eficaces.

Es probable que tengas un sangrado por interrupción si te saltas la regla el tiempo suficiente. La solución consiste en que uses la píldora anticonceptiva de manera continuada y tomes un descanso cuando tengas la necesidad. Así crearás un ciclo a tu medida, adecuado para ti, con tan pocos sangrados como sea posible.

Usa hormonas de manera continuada, hasta que tengas un sangrado, y luego haz una pausa para terminar de sangrar. La pausa puede ser inferior a siete o cuatro días. Después de la pausa, empieza de nuevo con las hormonas y úsalas hasta que tengas un nuevo sangrado por interrupción. No habrá ningún problema mientras no tomes nunca menos de 21 o 24 píldoras. Si se produce un sangrado después de, por ejemplo, diez días de píldoras hormonales, debes continuar hasta tomar 21 o 24 para estar protegida contra el embarazo.

Anticonceptivos hormonales: entonces ¿no son peligrosos?

Habrás notado que desde hace tiempo lo natural es el nuevo ideal. Neologismos como «detox», «parabenos», «*juicing*» y «superalimentos» están a la orden del día. El mensaje de los autoproclamados gurús de la salud es inequívoco: al cuerpo no le sientan bien los aditivos artificiales. No hay que manipularlo.

De la noche a la mañana los zumos verdes se han convertido en el accesorio más en boga, al tiempo que los anticonceptivos hormonales han pasado de moda. Las jóvenes recelan de las píldoras anticonceptivas por temor a traicioneros efectos secundarios. Cada vez son más las que nos dicen que no toleran los anticonceptivos hormonales, como si se tratase de una alergia. Otras se preguntan si es saludable hacer un descanso hormonal, una desintoxicación para purificar el cuerpo de sustancias extrañas.

Al tiempo que aumenta el interés por la pureza y lo natural, a muchas les parece que su médico no se toma en serio sus preocupaciones por los efectos secundarios, que la comunidad médica trivializa sus problemas o intenta ocultarlos debajo de la alfombra. En consecuencia, sienten una inquietante incertidumbre respecto a la seguridad del método anticonceptivo y acaban por acudir a fuentes poco fiables en busca de información.

Aproximadamente una tercera parte de las mujeres dejan la píldora en los primeros seis meses después de comenzar a tomarla^[134]. De estas, alrededor de la mitad interrumpe el tratamiento a causa de lo que percibe como efectos secundarios^[134-1]. Puede ser aterrador sentir que se produce un cambio en el cuerpo si no se comprende por qué ocurre o qué significa. En nuestra opinión, debes estar bien informada sobre los aspectos negativos y positivos de los anticonceptivos hormonales a fin de tomar una buena decisión para tu cuerpo. El conocimiento brinda confianza.

Por otro lado, nos parece importante matizar la propaganda nefasta que ha aparecido últimamente. En ocasiones los medios de comunicación inducen a pensar que no se conocen los efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales, como si se jugase a la ruleta rusa con la salud de las jóvenes. Por suerte, es falso. Puedes estar segura de que el envase de píldoras que recoges en la farmacia contiene uno de los fármacos más estudiados del mundo. Los investigadores disponen de gigantescas estadísticas para investigar, ya que varios millones de mujeres de toda la tierra han usado la píldora desde la década de 1960. Los posibles efectos a largo plazo de los anticonceptivos hormonales deberían haberse descubierto hace mucho tiempo si existiesen, sobre todo teniendo en cuenta que las primeras píldoras que salieron al mercado contenían hasta cinco veces más hormonas que las disponibles hoy en día.

¿Qué es un efecto secundario?

Antes de empezar a hablar de los efectos secundarios, debemos saber qué es un «efecto secundario». Un medicamento se crea para tener un efecto determinado en el cuerpo, y por eso lo tomamos. En el caso de los anticonceptivos hormonales, los tomamos porque deseamos impedir el embarazo. Los efectos secundarios son los demás efectos que el fármaco causa en el cuerpo, y pueden ser tanto positivos como negativos. Por ejemplo, muchas notan que con los anticonceptivos hormonales tienen menos acné. Es un efecto secundario, pero se considera positivo. Un trombo o coágulo de sangre, en cambio, es un efecto secundario que nadie desea.

En la película *Dos vidas en un instante* (1998) seguimos los dos destinos paralelos que se le abren a Gwyneth Paltrow según llegue o no a tiempo de coger el metro para ir al trabajo una mañana. Este pequeño detalle tiene unas enormes consecuencias en su vida. Nuestro cuerpo funciona del mismo modo. Es tan complicado y complejo que resulta imposible incidir en una de sus funciones sin que eso tenga repercusiones en otras partes del organismo. Un efecto secundario no significa que el fármaco sea nocivo. Significa que funciona. Si alguien te dice que una medicina o un tratamiento carece de efectos secundarios, desconfía. Quiere decir que mienten o que la sustancia no funciona en absoluto.

Los médicos y las autoridades sanitarias se interesan mucho por los efectos secundarios. Sabemos que son un mal necesario, pero la meta es que se mantengan a un nivel tan bajo como sea posible. Por este motivo cuesta mucho conseguir que se apruebe un fármaco para su venta. En primer lugar, el fabricante tiene que probar, con la mayor probabilidad posible, que los efectos positivos del fármaco compensan los negativos. Detrás de cada medicamento nuevo hay muchos años de estudio y ensayos clínicos controlados, precisamente porque es preciso conocer los efectos secundarios que cabe esperar al tomarlo.

Cuando un fármaco se pone a la venta, las agencias reguladoras de los medicamentos, independientes de la industria farmacéutica, realizan un estrecho seguimiento a fin de detectar los posibles efectos secundarios en una fase temprana. Si experimentas un efecto secundario, tanto tú como tu médico podéis informar a la agencia de medicamentos, y te animamos a que lo hagáis. Si se sospecha que se ha pasado por alto un importante efecto secundario (por ejemplo, que el uso de la píldora anticonceptiva durante muchos años causa cáncer), se inician nuevos estudios. En estos suelen compararse grandes grupos de personas que han tomado el medicamento con otros que no lo han tomado. Se analiza si hay más casos del supuesto efecto secundario entre quienes han tomado el medicamento. Si resulta que hay el mismo número de personas con cáncer en ambos grupos, queda claro que la píldora no lo

causa, porque de lo contrario se observarían más casos entre las que la habían tomado.

El efecto nocebo

¿Por qué no se acepta automáticamente que un fármaco tiene un determinado efecto secundario cuando lo comunican muchas mujeres? ¿Acaso las autoridades sanitarias no confían en ellas cuando afirman haber experimentado ese efecto secundario? Uno de los motivos por los que no puede aceptarse sin más la existencia de efectos secundarios es el llamado «efecto nocebo».

La mayoría ha oído hablar del efecto placebo, esto es, experimentar efectos positivos con algo que en realidad no funciona, porque se desea o espera que funcione. Por eso un buen número de medicamentos vienen en cápsulas de colores: ¡se ha comprobado que la gente mejora en mayor medida si las pastillas que toma tienen un aspecto sofisticado! También es una de las razones por las que los médicos llevan bata blanca y, a menudo, un estetoscopio al cuello. Ambos elementos se asocian a la curación y la competencia profesional. Este simple hecho puede contribuir a una mejora del paciente.

El efecto nocebo, del latín «dañaré», funciona al revés. Es decir, una píldora de azúcar podrá ocasionarte molestias físicas porque crees que contiene sustancias activas. De hecho, alrededor de una cuarta parte de los pacientes experimentan efectos secundarios negativos al recibir un tratamiento con placebo, es decir, al no recibir ningún tratamiento^[135]. Lo mismo ocurre si el médico les informa de que el fármaco recetado puede provocar un determinado efecto negativo: un número de pacientes mayor de lo normal comunicará ese efecto, sin que sea culpa del medicamento. Con frecuencia puede ser algo tan simple como atribuir al fármaco síntomas habituales. En un estudio de Reidenberg y Lowenthal, se descubrió que solo un 19 por ciento de las personas sanas que no tomaban medicamentos no habían sentido ninguna molestia ni malestar en los últimos tres días. En cambio, el 39 por ciento había experimentado fatiga, el 14 por ciento, dolor de cabeza y el 5 por ciento, mareos^[135-1].

En un estudio de la Universidad de Yale se descubrió que las mujeres con formación superior sobrestimaban los peligros de los anticonceptivos hormonales. Al mismo tiempo, desconocían los efectos positivos que tienen en la salud, por ejemplo, una reducción del riesgo de padecer cáncer de ovario y de endometrio^[136]. Las expectativas negativas pueden convertirse en una profecía autocumplida.

Con todo esto en mente, tal vez entiendas por qué muchos médicos desconfían cuando de repente un gran número de mujeres comunican un nuevo efecto secundario de un fármaco antiguo como la píldora anticonceptiva: puede ser el resultado de un exceso de publicidad negativa^[137]. La respuesta a si se trata de un efecto secundario

real no detectado hasta el momento o de un efecto nocebo se encuentra en una mayor investigación.

Todo tiene un riesgo

Saca el prospecto de los anticonceptivos hormonales, si los usas. Encontrarás una larga lista de efectos secundarios, clasificados según lo comunes que son. En primer lugar, se especifican los más frecuentes, que en teoría afectan a una de cada diez y a una de cada cien usuarias. Se mencionan efectos adversos como dolor de cabeza, cambios de humor y sensibilidad en los pechos. A continuación aparecen los efectos secundarios que afectan a una de cada cien y a una de cada mil personas. Cuanto más avances en la lista, más inquietante resulta su lectura.

Lo primero que debes saber es quién ha redactado el prospecto: el fabricante del medicamento. De entrada, tal vez pienses que tratan de ocultarnos algunos efectos secundarios, cuando en realidad es todo lo contrario. Exageran los posibles efectos secundarios con el fin de no verse en pleitos con clientas insatisfechas. Parte de los incluidos en el prospecto son efectos que las propias mujeres han comunicado mientras tomaban el anticonceptivo hormonal, sin que necesariamente se haya demostrado que este sea la causa. Volveremos sobre el tema. Otros son efectos secundarios que sabemos que están ocasionados por los anticonceptivos hormonales.

Lo segundo que debes tener claro es el concepto de «riesgo». Es fácil asociar esa palabra a peligro. Sin embargo, el riesgo se refiere a la probabilidad de que ocurra algo.

Ha llegado la hora de una pequeña clase de estadística. Cuando se habla de efectos secundarios, el denominado «riesgo relativo» suele acaparar toda la atención. El riesgo relativo indica cuánto aumenta la probabilidad de presentar efectos secundarios al tomar un fármaco en comparación con cuando no se toma. Podemos leer que el riesgo de tener trombos es de dos a cuatro veces mayor entre las usuarias de la píldora anticonceptiva con respecto a las que no la toman. Parece un dato espectacular. Imagínate los titulares de portada de la prensa sensacionalista: «¡La mortal píldora anticonceptiva! ¡Multiplica por cuatro la probabilidad de sufrir trombos!». En realidad, no tiene nada de espectacular.

Lo que de hecho más nos interesa a nosotras es el denominado «riesgo absoluto», menos atractivo para la prensa amarilla porque proporcionaría unos titulares aburridos: «¡Mínima probabilidad de desarrollar trombos con la píldora! Conoce a la chica que, aun así, tuvo la mala suerte de presentar uno». El riesgo absoluto es la probabilidad real de que se produzca un efecto adverso al usar, por ejemplo, la píldora anticonceptiva, sin comparar con mujeres que no la toman. Proporciona una imagen mucho más comprensible y realista del peligro al que te expones.

¿Cuál es la probabilidad de tener un trombo tomando la píldora? Aunque según el riesgo relativo las usuarias de la píldora anticonceptiva tengan entre dos y cuatro veces más posibilidades de presentar trombos que las mujeres que no la toman, la probabilidad de que tú en concreto tengas un trombo, es decir, el riesgo absoluto, es del 0,0005 al 0,0001 por ciento anualmente. Es decir, entre 50 y 1000 de 100 000 usuarias de la píldora presentarán un trombo cada año. Dicho de otro modo, incluso tomando la píldora debes de tener muy mala suerte para que te ocurra.

Efectos secundarios frecuentes de los anticonceptivos hormonales

Ahora que hemos adquirido algunos conocimientos básicos sobre los efectos secundarios, podemos centrarnos en los anticonceptivos hormonales. Empecemos por los efectos secundarios más frecuentes, los que afectan a entre un 1 y un 10 por ciento; por ejemplo, dolor de cabeza, náuseas y dolor de mamas. Son inocuos, aunque pueden resultar molestos. Nadie los padecerá todos, y muchas no experimentarán ninguno. El hecho de que los presenten de una a diez mujeres significa que 90-99 no los presentan.

Es importante tener claro que no existe una correlación entre los efectos secundarios frecuentes y los graves. Si presentas un efecto secundario, no corres un riesgo mayor de desarrollar otros más peligrosos.

Los efectos secundarios suelen desaparecer al cabo de unos meses, por lo que te recomendamos que tomes el anticonceptivo durante tres meses antes de rendirte. Si al cabo de ese tiempo tienes problemas debido a los efectos adversos, puedes probar otra marca u otro método anticonceptivo.

Resulta que reaccionamos de manera diferente a las distintas marcas y métodos. Lo que a tu amiga le dio una tremenda jaqueca puede ser perfecto para ti. Hasta que lo pruebes no lo sabrás. Como ya hemos explicado, los diversos preparados contienen diferentes subtipos de progestágenos que tienen efectos distintos. No es lo mismo usar un anticonceptivo con solo progestágenos, como el DIU hormonal o el implante subdérmico, que un preparado combinado con estrógenos también. Si tienes muchos efectos secundarios con un preparado, eso no significa que no toleres los anticonceptivos en general. Existe una alta probabilidad de que otros no te produzcan molestias. Solo debes asegurarte de elegir uno con otra variante de progestágeno. Tu médico te asesorará.

Algunos efectos secundarios de los anticonceptivos con estrógenos son comunes y característicos^{[129-1][138]}. De hecho, ¡recuerdan a cosas que experimentas cuando estás embarazada! Los primeros de la lista son náuseas y mareos. Como en el caso de las embarazadas, no tardan en desaparecer, pero si tienes molestias graves al principio podría ser buena idea que tomaras la píldora con comida o antes de acostarte.

Los estrógenos también pueden aumentar el flujo. No debe tener un aspecto u olor diferentes de los habituales; tan solo será más abundante. Además, algunas experimentan calambres en las pantorrillas. Ignoramos por qué se producen, pero sí sabemos que no son peligrosos. Un efecto secundario más infrecuente es la salida de pequeñas cantidades de leche por los pezones.

Otro efecto secundario de los anticonceptivos con estrógenos son las manchas pigmentarias^[139]. A pesar de que suelen presentarse cuando se usan píldoras

anticonceptivas con estrógenos, se cree que probablemente los progestágenos son los responsables de su aparición. Las manchas pigmentarias, conocidas en lenguaje técnico como «melasma», son áreas de color marrón más oscuro en la piel. Aparecen cuando te bronceas, ya sea al sol o en una cama de bronceado. Es normal que salgan durante el embarazo, a causa de las hormonas. Si te preocupa este efecto secundario, un factor de protección solar alto te ayudará a impedir la aparición de manchas pigmentarias. Otra opción sería probar un anticonceptivo con otro progestágeno, a ver si funciona.

Los estrógenos también tienen efectos beneficiosos. ¿No has oído decir que las embarazadas tienen un brillo especial? Una piel más bonita es un efecto positivo del estrógeno. Si tienes problemas de acné, los preparados combinados pueden ayudarte. Los anticonceptivos con solo progestágenos, en cambio, pueden tener el efecto contrario y producir una piel y un cabello más grasos, así como granos. Es un aspecto que será importante para algunas a la hora de elegir un método anticonceptivo.

Con frecuencia los anticonceptivos con estrógenos forman parte del tratamiento del síndrome de ovario poliquístico, una enfermedad bastante común a la que volveremos en el siguiente capítulo.

Otro efecto secundario positivo de los anticonceptivos con estrógenos es que permiten controlar la regla. Esto significa menos dolores menstruales, dinero ahorrado en tampones y, muchas veces, el fin de la posibilidad de que te conviertas en una bruja histérica o una glotona llorica que se pasa el día comiendo chocolate a causa del síndrome premenstrual.

Al principio, un efecto secundario frecuente son los edemas, que es el término médico para la hinchazón. Significa que se produce una retención de líquidos en el cuerpo. Los culpables pueden ser tanto los estrógenos como los progestágenos, de modo que este efecto secundario puede aparecer con todos los preparados hormonales, no solo con los combinados. La retención de líquidos es una de las razones por las que algunas tienen la sensación de ganar peso cuando empiezan a tomar anticonceptivos hormonales. En realidad no están más gordas, sino que tienen más agua en el cuerpo.

No es cierto que se engorde con el uso de anticonceptivos hormonales. Este mito ha surgido, entre otras razones, porque muchas empiezan a tomarlos en una etapa de la vida en la que el cuerpo experimenta grandes cambios: la pubertad. Otro motivo puede ser que muchas ganan un poco de peso cuando tienen novio. Culpan de esos kilos de más a los anticonceptivos, olvidando que pasan mucho tiempo en el sofá, enganchadas al novio, con una bolsa de golosinas en el regazo y cinco temporadas de *Juego de tronos* en la tele. Los anticonceptivos hormonales no causan un aumento de peso^[140], pero es fácil echarles la culpa.

Los pechos pueden retener líquidos, con lo que aumentarán su tamaño y sensibilidad. Otro efecto extraño si usas lentes de contacto es que de repente no te quedan bien. Se debe a la retención de líquidos en el ojo, de modo que la córnea,

sobre la que se coloca la lente, cambia de forma. Además, una mayor retención de líquidos en el organismo puede causar dolor de cabeza.

Muchas mujeres que usan la píldora, el parche transdérmico o el anillo vaginal solo experimentan dolor de cabeza la semana del sangrado, es decir, la semana que dejan de tomar el anticonceptivo hormonal^[141]. Es muy común y puede recordar un poco al dolor de cabeza que sientes cuando no has tomado tu dosis de caféina mañanera. Es una señal de que te falta algo que sueles tener, en este caso, las hormonas. Para reducir los dolores puedes saltarte el descanso hormonal o acortarlo. Como ya hemos dicho, no hay ningún motivo especial por el que necesites una pausa de siete días. Puedes decidir su duración tú misma, siempre que no supere los siete días. Es una posibilidad que no tienes con los preparados con solo progestágenos.

Si usas anticonceptivos con solo progestágenos, por ejemplo el implante anticonceptivo, el DIU hormonal o la píldora anticonceptiva sin estrógenos, te libras de los efectos secundarios del estrógeno que hemos mencionado. Tampoco experimentarás sus efectos beneficiosos, como una piel más limpia y el control de la regla. De hecho, los progestágenos pueden ocasionar impurezas en la piel y, en algunos casos, un mayor crecimiento del vello.

Quizá el efecto secundario más importante de estos anticonceptivos son los cambios en el sangrado. No es nada grave, pero a algunas les resulta molesto. Los cambios varían de una mujer a otra y dependen del tipo de anticonceptivo con progestágenos que se usen. En definitiva, es imposible saber cómo se va a reaccionar antes de probarlo. A algunas se les retira la regla, mientras que otras presentan pequeñas hemorragias frecuentes o sangrados irregulares. La mayoría tiene menos sangrados que antes, aunque pueden durar más o menos días. Cuando llevas de tres a seis meses con el anticonceptivo, la situación suele estabilizarse, de modo que puedes conocer tu propio ciclo, que es único.

A pesar de que el implante anticonceptivo subcutáneo y el DIU hormonal suelen ocasionar cambios en el sangrado, recomendamos efusivamente ambos métodos. Cuentan con el mejor índice de Pearl y, por lo tanto, son los más eficaces para prevenir el embarazo. El DIU hormonal tiene además unas dosis muy bajas de hormonas en comparación con otros anticonceptivos. Algunos creen que aporta más hormonas al organismo porque dura varios años, pero es falso. La concentración de hormonas en sangre con el uso del DIU hormonal más pequeño es, de hecho, tan baja que equivale a la toma de ¡una única minipíldora cada dos semanas^[117-1]! Algunos sostienen que la baja concentración hormonal reduce la probabilidad de efectos adversos, aunque no se ha demostrado. En cualquier caso, puede merecer la pena probarlo si has tenido muchas molestias con otros anticonceptivos hormonales.

Efectos secundarios raros

Nos trasladamos al final de la lista de efectos adversos que aparecen en el prospecto del medicamento. Nos referimos a los que reciben titulares en la prensa un par de veces al año, porque nada vende tantos periódicos como el temor a las enfermedades y la muerte. A excepción del sexo, quizá. Por si tuvieses alguna duda, no existe ninguna conspiración entre los médicos y las compañías farmacéuticas para quitarles la vida a chicas saludables administrándoles hormonas. ¡Incluso se ha realizado un estudio para comprobarlo! Un grupo de investigadores de Harvard siguió a 120 000 mujeres durante 36 años para estudiar los efectos prolongados del uso de la píldora anticonceptiva. Llegaron a la conclusión de que las usuarias de la píldora mueren con tanta frecuencia (o con tan poca frecuencia, si lo prefieres) como las que no la toman, y por las mismas causas^[142]. Al menos podemos tachar la muerte de nuestra lista de preocupaciones.

Tromboembolismo

El empleo de anticonceptivos con estrógenos tiene graves efectos adversos de los que debemos hablar, aunque sean muy infrecuentes. El que suele recibir más atención es la trombosis.

La trombosis ocurre cuando la sangre se coagula y forma uno o varios coágulos en un vaso sanguíneo. Los coágulos impiden el flujo de la sangre por ese vaso. Se da con mayor frecuencia en las venas de las piernas o de la pelvis, es decir, en los vasos sanguíneos que transportan la sangre desoxigenada de vuelta al corazón. Los médicos lo denominan «trombosis venosa profunda».

Puede producirse una trombosis en las piernas porque la sangre tenga dificultades para vencer la fuerza de la gravedad en su regreso al corazón. Cuenta con la ayuda de las contracciones musculares para alcanzar suficiente velocidad, un poco como una bomba de aire. Cuando estamos sentadas mucho rato, como en un viaje en avión, la sangre tal vez fluya con demasiada lentitud y, si tenemos muy mala suerte, quizá empiece a coagularse. Si acabamos con una trombosis en la pierna, notaremos hinchazón, enrojecimiento y dolor en ella.

El principal motivo por el que se teme la trombosis en las piernas es que pueden desprenderse partes del trombo. Entonces este coágulo de sangre regresará a toda prisa al corazón con el torrente sanguíneo y pasará a los pulmones. Los vasos sanguíneos de los pulmones son más finos, por lo que el trombo puede atascarse y ocasionar dificultades respiratorias. Esto se denomina «embolia pulmonar». Si bien puede ser grave, rara vez resulta mortal. Los síntomas son repentinos dolores agudos en el pecho que empeoran con la inspiración. Todos notamos pequeñas punzadas en

el pecho de vez en cuando, en general a causa de dolores en los pequeños músculos situados entre las costillas, pero los dolores provocados por una embolia no desaparecen. Se pueden experimentar además dificultades respiratorias y tos. Si se sospecha una embolia, es importante acudir rápidamente a urgencias para recibir tratamiento.

Como ya sabes, los anticonceptivos contienen distintos tipos de hormonas. Solo los anticonceptivos con estrógenos aumentan el riesgo de tromboembolismo. Incluyen la píldora anticonceptiva habitual, el parche anticonceptivo y el anillo vaginal. Como comentamos en el apartado dedicado al riesgo, el riesgo de presentar trombos aumenta de dos a cuatro veces con el uso de preparados combinados. Decimos de dos a cuatro porque depende del tipo que se utilice. De los anticonceptivos con estrógenos disponibles, los que contienen el progestágeno levonorgestrel son los que tienen menos probabilidades de causar tromboembolismos. Hay diferentes tipos de píldoras con levonorgestrel en el mercado. Si vas a probar la píldora por primera vez, tu médico te recomendará qué marca es tu mejor opción.

Algunas mujeres no deben usar anticonceptivos que contengan estrógeno porque presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar trombos. El grupo más importante lo forman las que sufren trastornos hereditarios que afectan a la capacidad de coagulación de la sangre, por ejemplo, algo llamado «mutación del factor V Leiden». Por esta razón, cuando pides anticonceptivos combinados, el médico te pregunta si tus padres o hermanos han padecido tromboembolismos.

Como ya hemos dicho, el riesgo de que jóvenes sanas sufran una embolia es muy bajo, tanto si usan anticonceptivos con estrógenos como si no los usan. El riesgo absoluto es reducido. Si 100 000 mujeres toman la píldora, entre 40 y 100 tendrán trombos en el transcurso de un año. Si no la tomaran, entre 20 y 50 seguirían padeciendo un tromboembolismo^{[30-1][143]}. No es cierto que los estrógenos de la píldora sean más peligrosos que el estrógeno «natural» del organismo. Las embarazadas, que producen mucho estrógeno, presentan un riesgo mayor de sufrir tromboembolismos que las usuarias de la píldora anticonceptiva. En términos comparativos, hasta 200 de 100 000 mujeres desarrollan trombos durante el embarazo o después del parto^[144].

En otras palabras, la probabilidad de que padezcas un tromboembolismo es más alta si te quedas embarazada sin querer que si tomas la píldora. El aumento natural de hormonas durante el embarazo es muy superior al que nos sometemos para impedir un embarazo. Este es uno de los principales motivos por los que se acepta un riesgo levemente incrementado de tromboembolismos con el uso de la píldora: es mucho más peligroso quedarse embarazada.

Derrame cerebral e infarto

Otros efectos adversos graves de los anticonceptivos con estrógenos son el derrame cerebral y el infarto, que afectan a las arterias, es decir, los vasos sanguíneos que llevan la sangre rica en oxígeno desde el corazón al resto de los órganos. Cuando ese flujo se detiene, ya sea por una embolia o por la rotura de un vaso sanguíneo, el tejido al que nutre dicho vaso puede morir por falta de oxígeno. Es decir, en un infarto parte del corazón muere por falta de oxígeno. Como es lógico, estas lesiones pueden acarrear consecuencias muy graves.

En un estudio en el que se examinó a todas las danesas desde 1995 al 2009, se descubrió que el riesgo de derrame cerebral e infarto era aproximadamente el doble entre las usuarias de la píldora anticonceptiva con estrógenos^[145]. No obstante, recuerda la diferencia entre riesgo relativo y riesgo absoluto. Aunque el doble de riesgo pueda parecer espectacular, se trata de enfermedades que rara vez afectan a mujeres jóvenes. Incluso con un riesgo duplicado, la probabilidad de que tengas un derrame cerebral es mínima.

Para ilustrar esto, volvamos al citado estudio. De 100 000 mujeres que usaron la píldora anticonceptiva durante un año, alrededor de 20 padecieron un derrame cerebral y 10, un infarto. El estudio incluyó a todas las danesas que tomaban píldoras anticonceptivas: delgadas y gordas; fumadoras y no fumadoras; mayores y jóvenes. Si se estudia únicamente a las jóvenes saludables, el riesgo es todavía menor.

Para minimizar el riesgo de derrame cerebral e infarto, algunas mujeres no deben usar anticonceptivos con estrógenos. Es el caso de las fumadoras mayores de 35 años con hipertensión o afecciones cardíacas, o las que hayan padecido diabetes durante más de 20 años. Otro grupo que tampoco debe usar anticonceptivos con estrógenos son las que padecen de migrañas con aura. En cambio, si sufres migrañas sin aura, puedes usarlos siempre que seas menor de 35 años.

Si presentas muchos factores de riesgo que puedan conducir a un derrame cerebral o a un infarto, como por ejemplo obesidad, colesterol elevado o tabaquismo, es posible que tu médico te recomiende otros métodos de anticoncepción para una mayor seguridad.

En definitiva, si eres joven y estás sana, el derrame cerebral y el infarto no deben preocuparte aunque uses anticonceptivos con estrógenos.

Cáncer

El último efecto secundario del que tenemos que hablar es el cáncer. Resulta que en algunos entornos todavía hay quien cree que las píldoras anticonceptivas provocan cáncer. Empecemos recalcando que el uso de píldoras y otros preparados con hormonas no aumenta la probabilidad de tener cáncer a lo largo de la vida^[138-1]. En realidad, una serie de indicios apuntan a que la píldora anticonceptiva reduce el riesgo total de padecerlo^[146]. Al parecer, protege contra el cáncer de colon, vejiga,

cuello uterino y ovario. Muchas de estas formas de cáncer son frecuentes en las mujeres.

El uso de la píldora anticonceptiva puede protegerte del cáncer de ovario durante 30 años después de dejar de tomarla^[138-2]. Si esta cifra es correcta, los investigadores creen que impedirá ¡30 000 casos de cáncer de ovario al año durante las siguientes décadas en todo el mundo! Los estudios demográficos indican que la píldora previene el cáncer de endometrio durante al menos 15 años, y que el riesgo de padecerlo se reduce casi a la mitad comparado con el que presentan las que no la han usado^[147]. Muchos investigadores tienen un mensaje claro: la píldora anticonceptiva impide el cáncer ginecológico, y este efecto secundario positivo eclipsa todos los negativos^[148].

No obstante, al parecer puede aumentar algo el riesgo de cáncer de cuello uterino. El mejor estudio realizado al respecto mostró que el uso de la píldora anticonceptiva durante 10 años aumentaría la incidencia del cáncer de cuello uterino de 3,8 a 4,5 por cada 1000 mujeres^[149]. El riesgo sería mayor cuanto más tiempo se usara la píldora, pero volvería a disminuir una vez que se abandonase. A los 10 años de dejarla, el riesgo vuelve al mismo nivel que antes de empezar a tomarla.

El problema es que no puede afirmarse con seguridad que sea la píldora en sí lo que aumenta el riesgo de cáncer, ya que las mujeres que la toman también están más expuestas a padecer infecciones por el virus del papiloma humano (VPH), es decir, el que causa el cáncer de cuello uterino. Es más fácil que se produzca un contagio del VPH porque muchas usuarias de anticonceptivos hormonales se relajan en el uso del preservativo con parejas nuevas. Además, se ha descubierto que las que usan anticonceptivos hormonales tienen más sexo; en principio, por eso usan protección.

El cáncer de mama es el último tipo de cáncer que se ha investigado en relación con el uso de la píldora anticonceptiva. Sabemos que algunos tipos de cáncer de mama son, en teoría, sensibles a las hormonas; es decir, les encanta el estrógeno y lo necesitan para crecer. La píldora contiene estrógenos; por lo tanto, es lógico imaginar que los anticonceptivos con estrógenos contribuyan a «alimentar» este tipo de cáncer.

Por suerte, esto no funciona exactamente así. La mayoría de los grandes estudios que han examinado el cáncer de mama no ha encontrado ninguna correlación, con algunas excepciones. Algunos han descubierto un leve aumento del riesgo entre las mujeres que usaron las primeras píldoras, de dosis altas, en los sesenta y los setenta. Aun así, los expertos creen que las actuales y los otros preparados combinados tienen unas dosis tan reducidas de hormonas que es poco probable que afecten al riesgo de sufrir cáncer de mama^[138-3].

En resumidas cuentas: las píldoras anticonceptivas y el resto de los preparados combinados parecen proteger a las mujeres contra una serie de cánceres comunes o graves. Esto debe tenerse en cuenta al evaluar la situación global de los anticonceptivos hormonales. Por desgracia, estos efectos secundarios positivos reciben menos atención en los medios de comunicación que los efectos adversos raros y peligrosos.

Lo que no sabemos con seguridad

Si has leído el prospecto de tu anticonceptivo, quizá te sorprenda que nos hayamos saltado dos efectos secundarios importantes: los cambios de humor y la disminución del deseo sexual. No lo hemos hecho porque pensemos que carecen de importancia, sino todo lo contrario. Lo que pasa es que se trata de los efectos secundarios respecto a los que más incertidumbre hay entre los investigadores. No obstante, en los últimos años han recibido una creciente atención por parte de las mujeres. Por lo tanto, consideramos que merecen una explicación detallada.

Las hormonas sexuales naturales afectan a partes del cerebro que contribuyen a regular el estado de ánimo y el deseo sexual. Es bien conocido que el estado de ánimo de las mujeres puede oscilar al compás de las fluctuaciones hormonales del ciclo menstrual. Algunas se sienten especialmente excitadas en torno al momento de la ovulación^{[150][151]} ¡Incluso se ha observado que las mujeres son más promiscuas alrededor de la ovulación^[152]!

Con esto en mente, no es extraño pensar que los anticonceptivos que modifican el equilibrio hormonal pueden tener un efecto en el humor o en el deseo sexual. Con el tiempo ha surgido un amplio consenso entre mujeres y muchos médicos respecto a que los anticonceptivos hormonales pueden ocasionar cambios de humor, irritabilidad o, en el peor de los casos, depresión. Los efectos psicológicos, así como otros efectos sin especificar, se encuentran entre las razones que con mayor frecuencia señalan las chicas para dejar de tomar la píldora^{[137-1][153][154]}

A pesar del acuerdo reinante entre las mujeres, los científicos se resisten. Numerosos estudios han intentado demostrar que los anticonceptivos tienen un efecto negativo en el estado anímico de las chicas, aunque sin éxito. Puede haber varias explicaciones a este hecho.

Primera explicación posible: la investigación es bastante mala

La píldora anticonceptiva se ha estudiado mucho. Se han escrito más de 40 000 artículos en los últimos años. El problema es que los estudios suelen ser de mala calidad, sobre todo los relativos a los efectos secundarios. A pesar de la baja calidad, es poco probable que se hayan pasado por alto o subestimado los efectos adversos. Tal vez resulte extraño, pero es precisamente en los estudios «malos» donde se han encontrado casi todos los efectos secundarios, no en los buenos. La mayor parte de los pocos estudios buenos indican más bien pocos efectos secundarios, o ninguno. En definitiva, disponemos de tantos estudios malos sobre los efectos adversos de la

píldora anticonceptiva que posiblemente tenemos una visión exagerada de su cantidad y grado de gravedad^[137-2].

El problema de muchos estudios malos es que preguntan a usuarias de anticonceptivos hormonales sobre los efectos secundarios sin comparar los resultados con las respuestas de mujeres que no los usan. Con esta forma de proceder, en realidad no puede afirmarse nada, porque es muy probable que simplemente se haya medido la incidencia de estos síntomas en la población general.

Imagínate, por ejemplo, que el 10 por ciento de las mujeres tuviese dolor de cabeza una vez al mes, pero que en general no le diese demasiada importancia. Si alguien les preguntase con qué frecuencia les duele la cabeza, tendrían que hacer una estimación. Luego participan en un estudio en el que deben tomar la píldora anticonceptiva todos los días y anotar en un diario todos los efectos adversos posibles. En este estudio, una de cada diez comunicaría automáticamente sufrir dolor de cabeza, aunque no tuviese nada que ver con las píldoras anticonceptivas. Esto no se descubre porque no se lleva a cabo una comparación con mujeres que no usen la píldora. En cambio, puede parecer que el anticonceptivo es la causa del dolor de cabeza. Abunda este tipo de estudios, donde por lo general se halla que los anticonceptivos hormonales tienen efectos psicológicos e influyen en el deseo sexual.

En medicina hay una clase de estudio que se considera de referencia. Tiene, cómo no, un nombre elegante: «ensayo controlado» aleatorio. Consiste en distribuir al azar, de manera aleatoria (de ahí lo de «aleatorio»), a los participantes en dos grupos: uno recibirá tratamiento y el otro no. Los primeros constituyen el grupo de control. Es preferible que el ensayo sea ciego, es decir, que los pacientes (y, mejor aún, también el médico y el científico) no sepan qué tratamiento reciben. Solo a partir de esta clase de estudios se puede averiguar algo sobre la relación causa-efecto, o sea, demostrar si un medicamento tiene efectos secundarios o no.

Por lo que sabemos, solo se han llevado a cabo cuatro ensayos controlados aleatorios de las píldoras anticonceptivas y sus efectos secundarios inespecíficos, como los cambios de humor^[31-8]. Dos de ellos no encontraron una diferencia significativa respecto a cambios del estado de ánimo entre las que las tomaron y las que no^{[155][156]}. Uno de los estudios descubrió que el uso de píldoras anticonceptivas contribuía a mejorar los síntomas de depresión^[157]. En este último ensayo, donde se estudió a mujeres de Edimburgo y Manila, se observó una reducción de los síntomas de depresión en las que tomaron la minipíldora, mientras que la mejoría fue mínima en aquellas a las que se administró placebo o píldoras anticonceptivas^[158].

La excepción es un pequeño ensayo sueco. Un grupo de investigadores de Upsala invitó a participar en un ensayo controlado con placebo a un grupo de mujeres que habían experimentado efectos secundarios psicológicos con la píldora^[159]. A la mitad se les administraron píldoras anticonceptivas, y a la otra mitad, placebo, sin que ellas supiesen en qué grupo se encontraban. Se descubrió que las que usaron la píldora experimentaron, de media, un empeoramiento psicológico mayor que las otras.

Además, se tomaron imágenes del cerebro de las mujeres mientras contemplaban fotografías que tenían por objeto provocar sentimientos. En algunas de las que usaron la píldora se observaron cambios en la actividad de las partes del cerebro que sabemos que trabajan con los sentimientos.

Sin embargo, hay un gran PERO: esto solo ocurrió en una tercera parte de las usuarias de la píldora. Dos de cada tres mujeres que la usaron no experimentaron ningún empeoramiento psicológico ni modificaciones de la actividad cerebral, aunque, según sus propias afirmaciones, solían responder de manera negativa a los anticonceptivos hormonales.

Estos hallazgos posiblemente indiquen que la píldora tiene un efecto negativo real en la mente de un reducido grupo de mujeres. No obstante, afecta a un número mucho menor de las que tienen la sensación de que les ocurre. Esto nos lleva a la siguiente explicación posible: el poder de la casualidad.

Segunda explicación posible: el poder de la casualidad

Los seres humanos estamos provistos de un cerebro al que le encanta ordenar y sistematizar el mundo que nos rodea. Intentamos clasificar el entorno, en ocasiones caótico, buscando relaciones entre distintos hechos, aunque no existan. Si los hechos están conectados en el tiempo, concluimos que uno es la causa del otro. Por ejemplo, empiezas a tomar la píldora y a los tres meses te notas un poco deprimida. Tiene que ser por la píldora, ¿no? Nunca te había pasado, que tú recuerdes.

Sin embargo, esta no tiene por qué ser la razón, en absoluto. La depresión es una enfermedad muy común en la población. En torno a una de cada cinco mujeres se siente realmente deprimida a lo largo de su vida^[160], y un número mucho mayor tiene sentimientos y pensamientos depresivos. La depresión tiene muchas causas, a menudo complejas. Factores como el tipo de personalidad, los cambios biológicos del cerebro, la herencia y los problemas pueden desempeñar un papel importante. Puesto que hay tantos elementos involucrados, rara vez es posible señalar una causa concreta.

La depresión, los cambios de humor y la irritabilidad son fenómenos tan comunes entre la población que es más que probable que de una mera casualidad saques conclusiones erróneas. Si además has oído decir que la píldora puede inducir cambios de humor y depresión, todavía es más probable que llegues a la conclusión de que así es debido al efecto nocebo, que ya hemos comentado. Los rumores sobre los cambios de humor se extienden como un fuego incontrolado entre las amigas y en los foros de internet, y de repente comienzas a ver tus propias experiencias bajo otra luz.

Una serie de estudios poblacionales así lo demuestran^[161]. En Finlandia, Australia y Estados Unidos se han llevado a cabo ese tipo de estudios, con hallazgos negativos. En el australiano se siguió a 10 000 mujeres durante tres años. No se

observó ninguna diferencia en la frecuencia de síntomas depresivos entre las que usaban la píldora anticonceptiva y las que no. Además, se descubrió que cuanto más tiempo se tomase la píldora menor era el riesgo de tener pensamientos depresivos^[162]. En el estudio estadounidense se siguió a 7000 mujeres, desde 1994 hasta el 2008. Se descubrió que las que tomaban la píldora anticonceptiva presentaban menos síntomas de depresión y una menor probabilidad de intentos de suicidio en el último año que las que no usaban anticonceptivos hormonales^[163]. En el estudio finés se observó lo mismo: las usuarias de anticonceptivos hormonales estaban menos deprimidas que otras mujeres^[164].

El problema de estos estudios es que, obviamente, puede haber diferencias subyacentes entre las mujeres que toman la píldora y las que no. Quizá la cuestión sea que las que experimentan un empeoramiento del estado de ánimo dejan de tomarla, mientras que las que no reaccionan de manera negativa continúan usándola. De esta manera, el efecto negativo podría quedar enmascarado.

A causa de esta crítica, unos investigadores de Copenhague realizaron un gigantesco estudio poblacional entre un millón de danesas de 15 a 34 años, a quienes siguieron desde el 2000 hasta el 2013^[165]. Se descubrió que el uso de la píldora y de otros anticonceptivos hormonales se relacionaba con un aumento del riesgo de necesitar antidepresivos o de recibir un diagnóstico de depresión, en comparación con las que no los usaban.

El efecto parecía ser mayor entre las más jóvenes, de 15 a 19 años, mientras que el riesgo disminuía de manera considerable a partir de los 20 y seguía reduciéndose con la edad. En las mayores de 30 no se observó prácticamente ningún aumento del uso de antidepresivos ni una mayor aparición de depresión con el uso de los anticonceptivos hormonales. Los investigadores creen que el cerebro se vuelve menos sensible a las oscilaciones hormonales a medida que nos hacemos mayores.

Se observó asimismo que el riesgo de depresión y del uso de antidepresivos disminuía cuanto más tiempo se utilizaban anticonceptivos hormonales. El riesgo fue máximo a los seis meses de usar los anticonceptivos, para luego volver a reducirse. Después de cuatro años con anticonceptivos hormonales, no había ninguna diferencia entre usuarias y no usuarias respecto al riesgo de padecer depresión.

Los investigadores también encontraron diferencias entre los diversos métodos anticonceptivos. La píldora era el que parecía ocasionar un menor aumento del riesgo de empleo de antidepresivos, mientras que la minipíldora, el anillo vaginal y los anticonceptivos de efecto duradero se asociaban a un incremento del riesgo. Aunque a partir de un estudio de esta naturaleza no puede afirmarse nada con seguridad, este dato subraya que las mujeres no deberían dudar en cambiar de anticonceptivo si experimentan efectos secundarios perjudiciales. Los diferentes métodos provocan efectos adversos distintos, por lo que es importante ir probando.

Dicho esto, querríamos pedir cierta cautela a la hora de interpretar los resultados de este estudio. En Dinamarca ha habido mucha propaganda alarmista que previene a

las mujeres contra los anticonceptivos hormonales porque «conducen a la depresión». En realidad esto no se desprende del citado estudio, lo creas o no. El estudio muestra que un mayor número de chicas que usan anticonceptivos hormonales empiezan a tomar antidepresivos, en comparación con las que no emplean anticonceptivos hormonales. No se ha probado que estos sean la causa de las depresiones. Tal vez te parezcamos un poco tiquismiquis, pero existe una diferencia importante. Para afirmar que hay una relación causa-efecto, es preciso emplear otros métodos de investigación: los ensayos controlados aleatorios. Como ya hemos dicho, los pocos estudios realizados al respecto no han mostrado los mismos resultados, ni mucho menos. El danés es un estudio sólido que seguramente conducirá a más investigación seria en esta área, pero, hasta que dispongamos de más resultados que muestren lo mismo, no podemos concluir que los anticonceptivos hormonales provocan depresión a algunas mujeres.

Tampoco podemos pasar por alto el riesgo relativo en contraposición al absoluto. Varios artículos de periódico sobre el estudio danés afirman en grandes titulares que en las adolescentes el riesgo de padecer depresión es un 80 por ciento mayor. Parece aterrador, casi como si tuvieses la garantía de que te deprimirás si empiezas a tomar la píldora en el instituto. La verdad es otra. Cada año, a una de cada cien adolescentes de Dinamarca que no usan anticonceptivos hormonales se le recetan antidepresivos por primera vez. En comparación, a 1,8 de cada cien usuarias de anticonceptivos hormonales se les prescriben antidepresivos. Hablamos, por lo tanto, de un aumento de menos de una persona. Noventa y ocho de las chicas que usan anticonceptivos hormonales no tienen depresión, y una se deprimiría de todas formas. Estos son los números que debes tomar en consideración, no los titulares alarmantes sobre un incremento del 80 por ciento. Con la explicación correcta de los datos sobre la mesa, ya estás en condiciones de decidir si existen razones suficientes para no empezar a usar anticonceptivos hormonales. Es una decisión en la que no nos vamos a meter.

Hasta ahora hemos revisado muchos estudios y hemos presentado algunos resultados contradictorios. Somos conscientes de que quizá cueste digerirlo todo. Sin embargo, opinamos que puede extraerse una importante conclusión de estos estudios: es imposible que los anticonceptivos hormonales tengan un gran efecto psicológico negativo en la mayoría de las mujeres. Si existe tal efecto secundario, afecta a un número reducido de mujeres que, por alguna razón, son más propensas a responder de manera negativa a las hormonas. Confiamos en que en el futuro se consiga más información sobre esas mujeres. Es posible que se deba ser prudente si se tienen muchos familiares con problemas de depresión, o si anteriormente se han presentado tendencias depresivas.

En cuanto al resto de nosotras, es hora de que dejemos de preocuparnos y de creer sin más ni más las historias sobre los terribles efectos psicológicos de los anticonceptivos hormonales. Los sentimientos no son lo mismo que los datos.

Usamos anticonceptivos hormonales para disfrutar de tanto sexo como queramos sin tener que preocuparnos, pero ¿y si por culpa de los anticonceptivos ya no nos interesa el sexo? ¿Es cierto que la píldora mata el deseo sexual? Al parecer, muchas mujeres opinan que así es. En una encuesta sueca, casi el 30 por ciento de las que habían usado anticonceptivos hormonales afirmó que un efecto secundario era la disminución de la libido^[166].

La principal revisión sistemática realizada sobre los anticonceptivos hormonales y el deseo sexual se publicó en el 2013^[167]. Reunió los hallazgos de 36 estudios con un total de 13 000 mujeres, de las que 8000 usaron la píldora. Para la gran mayoría, el deseo sexual no cambió (64 por ciento) o incluso aumentó (22 por ciento) después de que empezaran a tomar la píldora. El incremento del deseo con el uso de la píldora se ha observado en varios estudios y se cree que es debido a que la anticoncepción elimina el temor al embarazo, un gran aguafiestas para las mujeres de todo el mundo. Como dijimos en el apartado dedicado a la libido, esta es, dicho de manera simple, el resultado del equilibrio entre el freno y el acelerador. Los investigadores no creen que las hormonas aumenten directamente el deseo sexual. Por otra parte, el 15 por ciento de las mujeres experimentó un menor deseo sexual con el uso de anticonceptivos hormonales. No puede afirmarse con seguridad que las hormonas sean las culpables.

En cambio, sí se sabe que los niveles de testosterona activa se reducen con el uso de anticonceptivos hormonales. Como sabemos, la testosterona es la hormona masculina por antonomasia, pero las mujeres también la producimos en pequeña cantidad. Los culturistas que la toman para aumentar la masa muscular suelen ir muy calientes (a menudo con la pésima combinación de micropene y mala calidad del semen). ¿Ocurre lo contrario en las mujeres que usan anticonceptivos hormonales? ¿Pierden el deseo debido a la falta de testosterona?

La reducción de la testosterona varía de una mujer a otra dependiendo del anticonceptivo. Los hormonales contienen diferentes progestágenos con un efecto variable en la testosterona. Con los que contienen drospirenona, como Yasmin, el nivel de testosterona baja. Pueden reducir el acné, pero quizá también el deseo sexual. En cambio, el progestágeno levonorgestrel, que se encuentra en Loette 28, Microgynon y el DIU hormonal, tiene un efecto más parecido al de la testosterona y, por lo tanto, es menos probable que con estos productos disminuya la libido.

El problema de la teoría de la testosterona es que no se ha visto una relación clara entre el nivel en sangre de esta hormona y el grado de deseo sexual. Algunas mujeres con una concentración relativamente alta de testosterona tienen problemas de libido, mientras que otras con un nivel bajo no notan nada. Al parecer el deseo sexual no es proporcional a la cantidad de testosterona. No obstante, se ha probado a administrársela a mujeres con el fin de aumentar su deseo sexual, sin que se haya producido ningún efecto milagroso^[31-9]. De media tuvieron menos de una experiencia sexual satisfactoria al mes (en el sector de la investigación tienen una gran habilidad para decir cochinas^[83])..

Una vez dicho esto, hay muchos aspectos de la sexualidad femenina sobre los que no sabemos nada. Tampoco sabemos a ciencia cierta si alguna vez averiguaremos qué efecto tienen los anticonceptivos en el deseo sexual. Porque ¿qué es el deseo sexual para ti? Resulta tremendamente difícil investigarlo porque no tenemos un buen indicador de qué es. Además, en él influyen tantos factores de la vida que cuesta discernir entre los que se deben a la píldora y los que son resultado de un enamoramiento que se marchita.

Seguramente ya te habrás dado cuenta de que el mundo científico está lleno de incertidumbre. No obstante, podemos afirmar que hay pocas pruebas de que en la mayoría de las mujeres los anticonceptivos hormonales tengan un fuerte efecto negativo en el deseo sexual^[168]. Es posible que el anticonceptivo haya reducido tu libido, pero no es lo habitual. Es mucho más corriente que el deseo sexual se desvanezca con el tiempo en una relación o que el estrés reste energía que dedicar a las acrobacias sexuales.

Antes de que tires el anticonceptivo a la basura o pidas hora para retirarte el implante, te aconsejamos que analices si hay otros aspectos en tu vida que podrían influir en el descenso del deseo sexual. También podrías probar a cambiar a un anticonceptivo que contenga otro progestágeno.

¿Es hora de desintoxicarse de las hormonas?

El sexo no es un bien constante para la mayoría de nosotras. Cuando tienes una pareja estable, es posible que mantengas relaciones sexuales varias veces por semana, pero luego rompéis y tu vida de soltera se parece menos de lo que desearías a un episodio de *Sexo en Nueva York*. Empiezas a sentirte como un elefante en la sabana, en busca de agua durante la peor sequía. Nada de cócteles cosmopolitan, no hay guaperas, no hay penes a la vista. Las píldoras anticonceptivas, amargo recordatorio cotidiano de tu celibato involuntario, te dicen desde la repisa del cuarto de baño: «Bah, ¡si hoy tampoco te vas a comer una rosca!».

Encima es posible que hayas oído decir que las hormonas no son buenas, que son algo antinatural^[169]. ¿Por qué vas a meterte en el cuerpo esas perniciosas hormonas cuando ni siquiera tienes sexo para compensarlo? Piensas: «¡Que esta época de soltería sea un buen momento para la desintoxicación, la purificación y la salud! ¡Es hora de tomar un descanso hormonal!».

Espera un momento. No es tan buena idea como tal vez te parezca. Si has encontrado el método anticonceptivo hormonal que te funciona, es una tontería que lo dejes porque no tengas pareja. La mayoría de las que empiezan con anticonceptivos hormonales experimenta algunos efectos secundarios al principio. Sin embargo, en general desaparecen o disminuyen al cabo de unos meses. El cuerpo se adapta al nuevo equilibrio hormonal y se relaja. Cuando dejas el anticonceptivo, el cuerpo necesita tiempo para volver a un nuevo punto de equilibrio, y tendrás que soportar los mismos efectos secundarios al reiniciar el tratamiento.

En realidad, el tromboembolismo es el principal motivo por el que no recomendamos las pausas en los anticonceptivos hormonales. Algunos estudios indican que el riesgo de desarrollar trombos es mayor durante los primeros meses y que con el tiempo se reduce considerablemente^[170]. Si tomas la píldora de manera intermitente cada vez que conoces a un tío nuevo, el cuerpo no tiene tiempo de equilibrarse. El resultado es que el chico de tus sueños no solo te provoca mariposas en la tripa, sino también un mayor riesgo de tener trombos.

El tromboembolismo es un efecto adverso peligroso, aunque infrecuente, de las pausas hormonales, pero hay algo mucho más común. Los novios aparecen cuando menos te lo esperas, y la consulta del médico de cabecera no abre las 24 horas del día. No resulta sorprendente que muchas veces el descanso de las píldoras desintoxique más de lo que hubieses esperado. Nueve meses de desintoxicación, de hecho. Una de cada cuatro chicas que se toman un descanso de medio año de las píldoras se queda embarazada sin quererlo antes del medio año^[171]. ¡Natural!



Algunas temen que con el uso prolongado de la anticoncepción hormonal les resulte más difícil quedarse embarazadas en el futuro. Es una estupidez, si bien es cierto que con algunos anticonceptivos hormonales la ovulación puede tardar unos meses en volver. En realidad, la probabilidad de infertilidad es menor en las mujeres que han usado anticonceptivos hormonales, ya que al parecer tienen menos posibilidades de desarrollar una enfermedad pélvica inflamatoria en caso de contraer una enfermedad de transmisión sexual^[172]. Lamentablemente, hay mujeres (y hombres) que, por diferentes causas, no pueden tener hijos. No puedes saber si eres una de ellos antes de que dejes los anticonceptivos e intentes tener un niño. Si has cumplido los 35 años y no te quedas embarazada, es fácil echar la culpa a las píldoras que has usado desde los 15. Sin embargo, las investigaciones muestran que las píldoras no afectan a la fertilidad de las mujeres, ya las hayan tomado durante uno o diez años^[173]. La edad, en cambio, tiene mucho que ver.

Una apología de los anticonceptivos hormonales

Se ha hablado mucho últimamente de los aspectos negativos de los anticonceptivos. Estamos de acuerdo en que es una pena que no dispongamos de más opciones anticonceptivas entre las que elegir, y nos gustaría ver en el mercado una píldora anticonceptiva para hombres. Sin embargo, resulta que la anticoncepción es un mal necesario para nosotras, las mujeres, puesto que el sexo produce niños. Es un hecho ineludible, por poco que nos guste. Y queremos tener sexo.

A pesar de que el mundo de los anticonceptivos no sea ideal, no podemos dejarlo sin hablar bien de los anticonceptivos hormonales mediante una apología. Los aspectos positivos de la anticoncepción hormonal a menudo quedan en la sombra.

Los anticonceptivos hormonales son la protección más segura contra el embarazo, junto con el DIU de cobre y la esterilización. Los inocuos efectos secundarios que algunas experimentan con ellos no tienen ninguna importancia en comparación con las molestias que la mayoría sufre durante el embarazo, con el dolor de pelvis, las cantidades masivas de flujo, las piernas hinchadas, las hemorroides y las estrías. En cuanto a los efectos secundarios peligrosos, son raros. El riesgo de tromboembolismo es mucho mayor durante el embarazo que con el uso de anticonceptivos hormonales.

Muy pocas conocen los efectos positivos de los anticonceptivos hormonales. Ya los hemos mencionado, pero no está de más repetirlos:

- Los anticonceptivos hormonales parecen proteger contra algunas de las formas más comunes y peligrosas de cáncer en las mujeres: el de colon, el de ovario y el de cuello uterino.
- Los anticonceptivos hormonales producen menos dolores menstruales y reducen la duración y la cantidad de los sangrados, así como el riesgo de padecer anemia, un gran problema para muchas mujeres.
- Con los preparados combinados puedes controlar el sangrado, de modo que aparezca cuando te convenga.
- Los anticonceptivos hormonales protegen contra infecciones pélvicas —una importante causa de infertilidad entre las mujeres— puesto que generan un espesamiento del moco que se encuentra en el cuello uterino, de modo que se vuelve más impenetrable para las bacterias.
- Se reduce la probabilidad de quistes benignos en las mamas, los cuales originan preocupación y, en muchos casos, intervenciones quirúrgicas.
- Los anticonceptivos hormonales constituyen un buen medicamento contra dos enfermedades femeninas comunes y molestas: el síndrome de ovario poliquístico y la endometriosis.

Conviene recordar esta lista cuando la gente presente los anticonceptivos hormonales como el peor enemigo de la mujer. La píldora ha sido y sigue siendo uno de los inventos más importantes para la igualdad de género.

Guía anticonceptiva

¿Te resulta difícil elegir un método anticonceptivo? Con once opciones entre las que escoger, quizá te cueste, pero no desesperes, porque hemos elaborado una guía anticonceptiva para ti. Puesto que los anticonceptivos se adquieren generalmente con receta médica, debes tomar la decisión con la ayuda de un médico, una matrona o una enfermera, aunque sería conveniente que antes de hablar con ellos reflexionaras un poco. Saber lo que consideras más importante te permitirá descartar métodos anticonceptivos y elegir el más adecuado para ti. Seguramente te interese una combinación de los puntos que se nombran a continuación, y se trata de elegir la mejor opción.

Lo más importante para mí es evitar el embarazo

Si lo más importante para ti es evitar el embarazo, debes elegir los métodos anticonceptivos más seguros que existen, es decir, los de larga duración. Encabezan la lista el implante anticonceptivo y el DIU hormonal, seguidos del DIU de cobre. Los preparados combinados, como la píldora, también son seguros si se emplean correctamente.

Te interesan: Anticonceptivos de larga duración con un bajo índice de Pearl, implante subdérmico, DIU hormonal y DIU de cobre.

No te interesan: Métodos con un alto índice de Pearl, sobre todo los que se basan en los días seguros.

Tengo un riesgo alto de tromboembolismo, derrame cerebral o infarto

Si tienes un riesgo elevado de padecer alguna de estas afecciones, debes evitar los estrógenos. Puedes elegir los anticonceptivos más eficaces para prevenir el embarazo, es decir, los preparados con solo progestágenos como el implante y el DIU hormonal. Si prefieres tomar la píldora, existen anticonceptivos sin estrógenos, consulta con tu médico.

Te interesan: Métodos sin estrógenos, como el implante subdérmico, el DIU hormonal, la píldora anticonceptiva sin estrógenos y el DIU de cobre.

No te interesan: Preparados combinados como la píldora, el parche anticonceptivo transdérmico y el anillo vaginal.

Quiero reducir los sangrados

La regla puede ser un rollo, sobre todo si es abundante y dolorosa. Para algunas puede ser algo tan grave que dé lugar a anemia o las obligue a quedarse en la cama una semana al mes a causa de los dolores. Si este es tu caso, te conviene saber que algunos métodos anticonceptivos reducen los sangrados. En general, con los anticonceptivos hormonales disminuye la cantidad del sangrado total. Para encontrar el que te funciona mejor, debes ir probando con la ayuda de un médico. Con frecuencia el DIU de cobre aumenta tanto el sangrado como los dolores, por lo que no es recomendable para ti.

Te interesan: Los anticonceptivos hormonales en general, sobre todo el DIU hormonal y los preparados combinados.

No te interesa: El DIU de cobre.

Quiero controlar los sangrados

Como tal vez recuerdes del apartado «La regla con anticonceptivos hormonales», los que contienen estrógenos se emplean para controlar los sangrados. Los preparados con progestágenos no proporcionan un control de la menstruación. Si ya usas un anticonceptivo con estrógenos sin conseguir un buen resultado, puedes cambiar a otro que contenga una dosis mayor de estrógenos.

Te interesan: Preparados combinados, es decir, la píldora, el parche anticonceptivo y el anillo vaginal.

No te interesan: Preparados con solo progestágenos.

Tengo problemas de acné

Si estás harta del acné, los estrógenos pueden ser útiles. Con la ayuda de un médico, analiza la posibilidad de tomar preparados combinados. Muchas veces los granos son un efecto adverso de los progestágenos. Si usas un preparado combinado, prueba otro que contenga un progestágeno distinto o una dosis mayor de estrógeno. Recuerda que con frecuencia se tarda hasta tres meses en experimentar algún efecto.

Te interesan: Preparados combinados como las píldoras, el parche transdérmico y el anillo vaginal.

No te interesan: Preparados con el mismo progestágeno que ya has probado.

No quiero que se sepa que uso anticonceptivos

Para algunas mujeres es importante ocultar que usan un método anticonceptivo. El implante, el DIU y la inyección anticonceptiva no son visibles, ya que se llevan dentro del cuerpo. Si te interesa ocultar el anticonceptivo a tu pareja, quizá te convengan los que no cambien el patrón de sangrado, puesto que las modificaciones de la menstruación pueden afectar a la vida sexual o implicar que necesites más o menos compresas y tampones de lo habitual. En este caso, una opción pueden ser los preparados combinados y el DIU de cobre, que a menudo proporcionan un ciclo regular, aunque la cantidad total del sangrado puede modificarse. Si no te supone un gran trastorno quedarte embarazada, también puedes probar el método de los días seguros para reducir el riesgo de embarazo, pero recuerda que una de cada cuatro mujeres que lo emplean se quedan embarazada en el transcurso de un año.

Te interesan: Métodos invisibles, como el implante y el DIU hormonal, o un método que proporcione un ciclo fijo, como los preparados combinados.

No te interesan: Depende de hasta qué punto quieras ocultar los anticonceptivos.

Quiero protegerme contra las infecciones de transmisión sexual

El preservativo es el único método anticonceptivo que protege contra las infecciones de transmisión sexual. Te recomendamos que lo uses en combinación con otro método anticonceptivo hasta que tu pareja y tú os hagáis las pruebas para descartar infecciones venéreas.

Te interesan: Preservativos en combinación con otro método anticonceptivo.

No te interesa: Renunciar al preservativo.

Uso otros medicamentos. ¿Puedo usar anticonceptivos hormonales?

Los medicamentos se influyen mutuamente. Si usas medicamentos para, por ejemplo, la epilepsia o las enfermedades mentales, pueden tener un efecto en los anticonceptivos, y viceversa. Tu médico debe estar al tanto de la medicación que tomas. Tal vez pueda ofrecerte una solución adecuada para ti.

Te interesan: Tu médico te ayudará a encontrar la mejor solución si usas otros medicamentos.

Tengo endometriosis

Si tienes endometriosis o sospechas que la tienes debido a los intensos dolores que experimentas, el primer paso del tratamiento consiste en la anticoncepción hormonal. El objetivo es no tener la regla, de modo que no debes realizar descansos.

Te interesa: El uso continuado de preparados combinados o DIU hormonal.

Tengo el síndrome de ovario poliquístico o una menstruación muy irregular

Si tienes menos de cuatro menstruaciones al año SIN usar anticonceptivos hormonales, debes empezar a tomarlos para deshacerte del endometrio con regularidad. Con las menstruaciones muy poco frecuentes, el endometrio puede crecer en exceso, lo que a la larga no resulta conveniente. Cuando tengas un par de sangrados por privación, el problema estará solucionado y podrás volver a saltarte la regla como quieras.

Te interesan: Preparados combinados como la píldora, el parche anticonceptivo y el anillo vaginal.

Uso un método anticonceptivo que reduce mi deseo sexual

No se sabe si los anticonceptivos hormonales reducen el deseo sexual y, en caso de ser así, a qué mecanismos se debe. Una teoría atribuye la causa a una testosterona menos activa. Los diferentes tipos de progestágenos tienen efectos distintos en la testosterona. Los anticonceptivos que contienen drospirenona, como Yasmin, reducen el nivel de dicha hormona. Pueden reducir el acné, pero quizá también el deseo sexual. En cambio el progestágeno levonorgestrel, que se encuentra en Loette 28, Microgynon y el DIU hormonal, tiene un efecto más parecido al de la testosterona y, por consiguiente, es menos probable que reduzca el deseo sexual.

Te interesan: Preparados con el progestágeno levonorgestrel, como Loette 28, Microgynon y el DIU hormonal. Métodos anticonceptivos sin hormonas, como el DIU de cobre.

No te interesan tanto: Los preparados con el progestágeno drospirenona, como Yasmin.

El aborto

El aborto inducido, es decir, la interrupción voluntaria del embarazo, despierta fuertes sentimientos. Por un lado, se trata del derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo, a decidir si va a tener un hijo. Por otro lado, se trata del comienzo de una nueva vida y de los derechos que ese potencial niño debería tener una vez concebido. En la cuestión del aborto no existe una única respuesta moral, ya que siempre puede haber una parte perdedora, ya sea la embarazada, el padre del potencial hijo, el personal sanitario que lleva a cabo el aborto o el propio embrión.

Para nosotras, el derecho de la mujer tiene más peso: es ella la que está expuesta al esfuerzo físico y mental que implican un embarazo y un parto. Además, a menudo asume las responsabilidades relativas a los cuidados y la manutención del hijo. Un hijo implica un gran trastorno emocional, económico y social para las mujeres, y las que menos tienen suelen ser las que se ven más afectadas. La mujer debería decidir si quiere asumir esas cargas, cuando recaen sobre ella hasta tal punto. No existen otras áreas de la política en las que, para satisfacer las normas de la sociedad, nos parezca bien que un ciudadano asuma unos costes personales tan elevados como los que exigimos a una mujer cuando la obligamos a tener un hijo que no desea.

Una vez dicho esto, tiene que haber límites. La mayoría está de acuerdo en que, en algún momento u otro del embarazo, el aborto no puede fundamentarse solo en la decisión de la mujer porque el embrión no es solo un embrión, sino un niño con derechos que pesan más que las preferencias y los derechos de la embarazada. Estas limitaciones varían de un país a otro, pero el límite superior raras veces se cuestiona. En casi todos los países en los que el aborto es legal y accesible, la mayoría de las interrupciones voluntarias del embarazo se producen en un estadio temprano, y los abortos excepcionales que se llevan a cabo más tarde se deben a graves defectos del feto o a factores que constituyen una amenaza para su vida o para la de la madre.

Existen distintas regulaciones del aborto: desde la prohibición total de Chile y Malta hasta el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 12 en Noruega, pasando por Canadá, donde no existe una ley del aborto, sino que se considera una cuestión médica entre la mujer y su médico. También hay grandes diferencias en cuanto al acceso al aborto, ya que en algunos lugares es tan costoso o tan poco accesible que en realidad muchas mujeres no tienen la posibilidad de decidir aunque no exista una prohibición expresa. Así ocurre, por ejemplo, en muchos estados de Estados Unidos.

Sean cuales sean tus sentimientos personales respecto al aborto, es innegable que para reducir su número no sirve de nada prohibirlo o dificultar el acceso a él. A menudo las cifras más elevadas se dan en países con una legislación más restrictiva, mientras que aquellos en los que el aborto es legal y accesible se practica un número

reducido. En todas las épocas y en todos los rincones del mundo, las mujeres embarazadas sin desearlo han tomado cartas en el asunto, a pesar de las amenazas de sanción y exclusión de la sociedad, del riesgo de lesiones graves o de muerte. La idea de tener un hijo no deseado puede ser tan insoportable que eclipsa los peligros y las amenazas de consecuencias legales.

Las agujas de tejer, las curanderas, unas escaleras empinadas y el veneno siguen siendo la última salida en los lugares del mundo donde el aborto es ilegal o inaccesible. Cada año 20 millones de mujeres se ven obligadas a pasar por abortos inseguros; estamos hablando de casi uno de cada diez embarazos. De ellas, 50 000 mueren, algo totalmente innecesario^[174]. El acceso a un aborto seguro las habría salvado. Se ha estimado que 6,9 millones de mujeres tienen que recibir tratamiento en los servicios sanitarios por complicaciones surgidas tras abortos arriesgados^[175]. En definitiva, el aborto legal y seguro es esencial para proteger la salud femenina. Con su prohibición no se salva a posibles niños, sino que se perjudica a mujeres desesperadas.

Dicho esto, el aborto no es una salida fácil. Nos atrevemos a afirmar que pocas mujeres lo desean o lo consideran una alternativa a los anticonceptivos. A menudo se trata de mala suerte, por mantener relaciones sexuales sin protección en el momento equivocado o por un fracaso de los métodos anticonceptivos; o no se tiene acceso a los anticonceptivos modernos; o, en el peor de los casos, es consecuencia de abusos y violencia sexual. Si el objetivo es mantener un número de abortos reducido, la medida más efectiva sería un acceso fácil y económico a los anticonceptivos, además de una buena educación sexual, aspectos que, por desgracia, suelen fallar en países con leyes restrictivas sobre el aborto. Es como el avestruz que esconde la cabeza en la arena pensando que el problema desaparecerá solo porque no quiere verlo.

Tanto si vives en un país con un fácil acceso al aborto como si no es así, está bien que sepas un poco más sobre cómo se lleva a cabo en los servicios sanitarios. Las formas de proceder varían de un país a otro; sin embargo, los métodos son los mismos. Una vez que se ha producido un embarazo involuntario, conviene centrarse en cosas más importantes que en tratar de averiguar los detalles prácticos.

¿De cuánto estoy?

Un aspecto que suele inducir a confusión cuando se trata del aborto es de cuánto tiempo se está. En muchos países las leyes del aborto determinan plazos; por ejemplo, se permite la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana doce. Pero ¿cuándo se está de 12 semanas? Quizá pienses que se cuenta desde el día en que tuviste sexo sin protección; sin embargo, por increíble que parezca, no es así. En realidad, se cuenta desde el primer día de la última regla, pues es el último momento en que se sabe con seguridad que no había embarazo. De esta manera, según la ley,

llevarías dos semanas «embarazada» antes del coito con el que te quedaste embarazada. No es muy lógico, pero así son las normas.

Antes del aborto se suele practicar una ecografía. Se introduce una pequeña sonda, del tamaño de una zanahoria fina, en la vagina para determinar de cuántas semanas estás. Si el embrión del útero mide más de 6,6 centímetros, se calcula que tiene más de 12 semanas. La ecografía es algo bueno, puesto que muchas tienen una menstruación irregular o no recuerdan la fecha exacta de la última regla. Asimismo, es como una especie de garantía para el médico de que cuentas la verdad. La ecografía es la prueba legal sobre el momento de gestación en el que se está si se tienen dudas.

Dos métodos de aborto

Existen dos maneras de llevar a cabo un aborto: con pastillas o con una pequeña intervención quirúrgica. El primero se denomina «aborto con medicamentos»; el segundo, «aborto quirúrgico» o «aborto por dilatación y raspado».

Aborto con medicamentos

El aborto con medicamentos se inicia tomando una pastilla, normalmente en el hospital o en la consulta del médico. La pastilla contiene una sustancia llamada «mifepristona», que engaña al cuerpo para que crea que ya no estás embarazada. Se detienen todos los complejos procesos que aseguran que el óvulo fecundado se convierta en un embrión y luego en un bebé. El aborto se ha iniciado, pero todavía no se ha llevado a cabo y el embrión sigue en el útero. Aunque el aborto no se haya realizado, no puedes arrepentirte después de tomar la primera pastilla, ya que el embrión no se desarrollará de manera normal.

Tras tomar la pastilla debes esperar uno o dos días, durante los cuales es normal que sientas náuseas y tengas pequeñas hemorragias y dolores menstruales; por lo demás, puedes hacer vida normal. Transcurridos los dos días, tendrá lugar el aborto. Si eres una mujer sana y llevas menos de nueve o diez semanas embarazada, puedes hacerlo en casa, aunque es importante que te acompañe una persona adulta, por ejemplo, un amigo/a o un novio/a. Es para una mayor seguridad, por si se produjeran complicaciones, si bien es algo muy inusual. Si lo deseas, o si llevas más de nueve-diez semanas en estado, en muchos países pueden ingresarte como paciente ambulatoria en un hospital o una clínica para que tomes la última ronda de pastillas abortivas.

En ambos casos, el método es el mismo: te introduces cuatro pastillas de misoprostol en la vagina o debajo de la lengua. En los países donde el aborto es ilegal, es cada vez más habitual que las mujeres que quieren abortar adquieran

misoprostol por internet o de otras formas. Las pastillas provocan que el útero se contraiga y expulse su contenido, un poco como cuando tienes la regla, con la diferencia de que del útero saldrá un pequeño embrión junto con la sangre.

Cuando el aborto se haya iniciado, tendrás un sangrado más abundante que el de una regla normal. La sangre estará coagulada y será roja. Si temes ver el embrión, solo podemos decirte que, cuanto antes abortes, menos probabilidades de que lo veas. En Noruega, la mayoría de los abortos se llevan a cabo antes de la novena semana de gestación, cuando el embrión es un renacuajo transparente de 1,5 centímetros, rodeado de mucosidad y sangre. Las fotos de minibebés monísimos que quizá hayas visto en internet son falsas y se han hecho para que las mujeres sientan remordimientos por abortar.

Para el 95-98 por ciento de las mujeres, el aborto acaba en el transcurso de unas pocas horas^[176]. Debes acordarte de tomar algún analgésico, ya que un aborto duele bastante. Si aun así tienes dolores fuertes o fiebre, o si sangras mucho, debes llamar al hospital o acudir a urgencias. Se suele decir que si llenas de sangre una compresa de noche cada hora durante más de dos horas, debes contactar con un médico.

Después del aborto es completamente normal sangrar en menores cantidades y presentar algún dolor durante dos o tres semanas. Debes usar compresas y no tampones, para evitar infecciones. Además, no debes mantener relaciones sexuales hasta que dejes de sangrar. El sangrado significa que el útero se está deshaciendo de los restos del embarazo, y si llegaran bacterias a la vagina podrían propagarse con mayor facilidad por el organismo. Aunque no es habitual tener infecciones después de un aborto, es muy importante prevenirlas.

En ocasiones leemos en los medios de comunicación historias de terror sobre mujeres que, meses después de someterse a un aborto con medicamentos, descubrieron que continuaban embarazadas. Si sigues las instrucciones del médico, es muy poco probable que te ocurra. Se ha calculado que una de cada cien pacientes sigue estando embarazada tras un aborto con medicamentos. Lo notarías porque no se produciría un sangrado real después de introducirte las últimas pastillas en la vagina. En ese caso deberías ponerte en contacto con el hospital inmediatamente. Las pastillas ingeridas detienen el embarazo, y no es una buena idea andar por ahí con esos restos en el útero. Tendrás que hacerte una prueba de embarazo un mes más tarde, para asegurarte de que la gestación ha concluido por completo. Deberás ponerte en contacto con el médico si no te ha vuelto la regla entre cuatro y seis semanas después de cesar el sangrado.

Aborto quirúrgico

El aborto quirúrgico debe realizarse en un hospital o clínica abortiva. En general, te entregarán dos pastillas que debes introducirte en la vagina la mañana del día de la

operación. Son para provocar la dilatación del cuello uterino. Si te aplican anestesia general durante el aborto, debes estar en ayunas desde la medianoche anterior. Eso significa que no debes comer, beber ni fumar. En muchos sitios el aborto se realiza solo con anestesia local.

La intervención en sí dura unos diez minutos. El médico accederá al útero a través de la vagina y el cuello uterino. A continuación aspirará el embrión y los tejidos del embarazo con la ayuda de un pequeño aspirador quirúrgico y raspará ligeramente las membranas mucosas para asegurarse de eliminarlo todo. Tras el aborto, tendrás que permanecer unas horas en el hospital para que los médicos se cercioren de que todo ha ido bien. Por lo general puedes marcharte a casa el mismo día.

Al igual que en el aborto con medicamentos, es posible que sangres y tengas dolores durante un tiempo. Se aplican las mismas reglas en cuanto a las compresas y a las relaciones sexuales, y también debes ponerte en contacto con el médico si empeoras, sangras mucho o no recuperas la regla al cabo de seis semanas.

Como en toda cirugía, existe un pequeño riesgo de complicaciones relacionadas con la anestesia y la intervención en sí. Entre otras, puede haber lesiones en el útero, la vejiga o las vías urinarias. A causa de estas complicaciones, que son extremadamente raras, en muchos países se recomienda el aborto con medicamentos. Siempre es mejor evitar una intervención, pero en general el aborto quirúrgico realizado por personal sanitario cualificado es muy seguro. Algunas mujeres lo prefieren para librarse del proceso, mucho más largo, que implica un aborto con medicamentos.

Tal vez hayas oído decir que el aborto quirúrgico puede dificultar un embarazo en el futuro. Esta idea proviene de un problema muy atípico llamado «síndrome de Asherman». Ocurre si el cirujano debe raspar grandes cantidades del útero y acaba por lesionar las capas más profundas de la membrana mucosa. Entonces en el interior del útero pueden formarse un tejido cicatrizal y unas adherencias que dificultarán el embarazo más adelante. A los ginecólogos les aterra que pase algo así y hacen todo lo posible por evitarlo. En otras palabras, es poco probable que un raspado simple influya en tus probabilidades de quedarte embarazada en el futuro. No obstante, cuantos más raspados te hagas, mayor será el riesgo^[177]. Es una de las razones por las que el aborto jamás debe usarse como método anticonceptivo.

Un embarazo no planeado puede suponer una conmoción. Para algunas representará una grata sorpresa, claro está, pero no es inusual sentir pánico. El embarazo puede desencadenar muchas emociones para las que quizá no estabas preparada. En ese caso, es conveniente que hables con alguien. Todas las personas con que te encuentres en los servicios sanitarios están sujetas al secreto profesional y pueden guiarte en el proceso ya decidas abortar, quedarte con el niño o darlo en adopción. También es buena idea que hables con tu pareja, amigos y familiares, para que te aconsejen y apoyen sea cual sea tu decisión.

Problemas en los bajos

Los bajos son como cualquier otra parte del cuerpo. Mientras todo funciona como es debido, no pensamos mucho en ellos. Sin embargo, en cuanto algo empieza a chirriar, pueden convertirse en un asunto obsesivo. Bien lo sabe cualquier mujer que haya tenido, por ejemplo, una buena infección por hongos, o que esté harta de los dolores menstruales. Esos días maldeciríamos haber nacido mujer. ¿Qué no daríamos por sustituir los calambres uterinos de todos los meses por una patada en las pelotas de vez en cuando?

Esta parte del libro tratará sobre los problemas que podemos tener en los bajos. Estamos convencidísimas de que la mayoría de las mujeres padece algunas de estas afecciones en algún momento de su vida. Afortunadamente otras, como el cáncer de cuello uterino, son muy infrecuentes.

Mientras trabajábamos en esta parte del libro tuvimos momentos de inseguridad, pues temíamos crear más inquietud de la necesaria. ¿Hablar de enfermedades graves y poco comunes, con síntomas vagos en ocasiones, puede provocar preocupaciones nuevas e innecesarias entre las mujeres?

Creemos que no es así, o al menos eso esperamos. Recuerda que el cuerpo siempre emite pequeñas señales sobre su bienestar y sus alteraciones. Tenemos que notar que estamos vivas; a pesar de todo, no somos máquinas. Algunas prestamos más atención que otras a esas señales, y estar demasiado atenta a ellas puede causar angustia. En nuestra opinión, el mejor remedio contra la angustia relacionada con la salud es saber más. Tener un conocimiento mayor aporta seguridad, aunque buscar compulsivamente en Google síntomas poco definidos puede agravar el miedo. El truco consiste en distinguir los fenómenos normales que todas vivimos de vez en cuando y las señales de algo más grave.

En nuestro trabajo en el blog hemos descubierto que existe un asombroso desconocimiento de las enfermedades femeninas más comunes. Numerosas mujeres luchan contra dolencias de las que su entorno jamás ha oído hablar, y a menudo se sienten solas y cuestionadas. Muchas no saben adónde acudir en busca de ayuda. Por ejemplo, nosotras no habíamos oído hablar de la endometriosis antes de empezar a estudiar medicina. Sin embargo, una de cada diez mujeres vive con esa enfermedad y a muchas les resulta difícil organizar su vida diaria debido a los dolores que experimentan. No debería ser así. Imagina que un hombre de cada diez tuviese que quedarse en casa una semana al mes a causa de unos terribles dolores en los testículos. Sería un asunto de interés nacional y se incluiría en los programas de estudios de todas las instituciones educativas.

En definitiva, ha llegado el momento de alzar la voz y hablar de nuestras molestias. Solo así conseguiremos que las mujeres reciban la ayuda que necesitan y

que tal vez se destinen más recursos a la investigación sobre las enfermedades femeninas, para que en el futuro se descubran buenos tratamientos. No hay que perder la esperanza.

Empecemos con algo de lo más común: los trastornos menstruales.

Trastornos menstruales: cuando la regla va a su bola

La regla constituye una parte importante de la vida de la mayoría de las mujeres. Desde la pubertad hasta los 45-52 años (más o menos), el ciclo menstrual es una rueda eterna, un mes tras otro, con algunas excepciones.

Es normal que te preocupes y te sientas desconcertada cuando te ocurre algo con la regla y tu ciclo no es como crees que debería ser. «Mierda», piensas, y no eres la única. Es curioso que los cambios en la sangre y el moco que salen del útero lleguen a resultar tan inquietantes, pero es fácil pensar que algo va mal en el centro de tu feminidad. Crisis. Te comes la cabeza. «¿Me pasa algo? ¿No podré tener hijos dentro de diez años tal y como había planificado? ¿Será cáncer? ¿Una enfermedad? En serio, ¡socorro!».

Existen muchos tipos de trastornos menstruales: dolores, falta de regularidad, problemas de cantidad y desaparición de la regla, entre otros. Hablaremos de los más comunes.

Cuando la regla desaparece

Es de lo más común, y tal vez de lo más aterrador, que la regla desaparezca sin dejar rastro. O que desaparezca dejando rastro. En ocasiones hay sangrados intermenstruales tras la desaparición del sangrado menstrual habitual.

Cuando la regla no viene durante un mínimo de tres meses en mujeres con menstruación regular, o durante nueve meses en las que tienen una menstruación irregular, se denomina «amenorrea»^[178]. «Menstruación regular» significa que el ciclo menstrual tiene la misma duración cada vez y que la regla aparece en el mismo momento siempre, de manera que puedes usar un calendario menstrual para prever su llegada. El término «amenorrea» procede del griego y significa «sin el flujo mensual». Y es exactamente lo que ocurre.

La ausencia de la menstruación es común. Hasta un 8 por ciento de las mujeres de 16 a 24 años la experimentan cada año, y puede tener distintas causas^[178-1]. Lo primero que debes pensar es que la regla desaparece cuando estás embarazada. «Pero si usé un preservativo», te dices cuando tienes un retraso de tres días. No estás preparada para tener un hijo ahora y notas el pánico a punto de aflorar.

Una prueba de embarazo en el momento adecuado puede descartarlo. Es muy importante que te la hagas si cabe la posibilidad de que estés en estado. ¿Ha sido un fracaso del método anticonceptivo? ¿Te olvidaste de tomar alguna píldora? ¿Te fiaste de la marcha atrás o de los días seguros? Compra un test de embarazo. Es fiable tres semanas después de un coito sin protección o del fracaso de los métodos anticonceptivos. Si no has mantenido relaciones sexuales o usas una anticoncepción

segura, que no dé lugar a un mal uso, por ejemplo, el implante anticonceptivo o el DIU hormonal, se trata de otro asunto. Si tienes dudas, hazte la prueba. No obstante, puede haber otras causas por las que desaparezca el sangrado menstrual.

Una causa rara pero divertida de la amenorrea son los viajes. No sabemos por qué ocurre, pero los viajes largos en avión, sobre todo los que recorren varios husos horarios, pueden alterar el ciclo menstrual, de modo que el sangrado no se produzca cuando debe, como si tuviera *jet lag*.

Una razón mucho más común de retirada de la regla son los cambios de peso y el ejercicio físico extremo. Es difícil decir de qué magnitud deben ser el cambio de peso y el ejercicio realizado para que te ocurra. Las deportistas profesionales suelen padecer de amenorrea, pero no es necesario ser profesional para hacer tanto ejercicio que la regla desaparezca. En el diagnóstico de anorexia con criterios rigurosos, se precisa la desaparición de la regla, pero eso no implica que tengas anorexia por haber perdido la regla por cambios de peso.

Padecer una enfermedad es otra causa común, al igual que el estrés psicológico. El estado de ánimo afecta a la regla. Tal vez hayas tenido que estudiar mucho últimamente, o hayas sufrido algún gran trauma psicológico como la guerra, un accidente o la muerte de un familiar.

La regla es un signo de superávit. El cuerpo tiene que estar lo bastante fuerte para soportar un posible embarazo, que constituye una prueba para él. Si por alguna razón pierdes el superávit de fuerzas que necesitas para tener un hijo, la regla desaparece, con frecuencia para protegerte de una gestación que no puedes afrontar. Todo está relacionado. El cuerpo, la mente y la regla no son una excepción. Si se te va la regla y no sabes por qué, una visita al médico es de lo más normal.

Ejemplos de enfermedades que pueden causar la ausencia de la menstruación son el síndrome de ovario poliquístico y algunos trastornos metabólicos. Por otro lado, conviene recordar cómo afectan los anticonceptivos a la regla. Los preparados con progestágenos como el DIU hormonal, la inyección anticonceptiva, la píldora sin estrógenos y el implante subdérmico suelen provocar la retirada de la menstruación con el tiempo. Es totalmente normal y no quiere decir que algo vaya mal. El sangrado que se produce con el uso de anticonceptivos no es una regla típica, sino algo que llamamos «sangrado por privación». Este sangrado no es una señal de superávit. Si pierdes el sangrado a causa de los anticonceptivos hormonales, no tienes amenorrea.

Por último debes saber que la menstruación irregular es normal durante los primeros años después de comenzar a tener la regla. Esto también significa que puede retirarse durante un período. Debe transcurrir un tiempo para que las hormonas se equilibren y la ovulación sea mensual. Se irá ajustando.

¡Me duele!

Más de la mitad de nosotras sufrimos fuertes dolores menstruales; desagradables dolores que recuerdan a calambres en la parte inferior del vientre. Si no hay nada especial que los provoque, por ejemplo una enfermedad, esa menstruación dolorosa se denomina «dismenorrea primaria». Algunas también experimentan dolores en la zona lumbar, los muslos o la vagina. Los dolores se manifiestan con mayor intensidad los primeros días de la menstruación y suelen acompañarse de otras molestias, como náuseas, vómitos y diarrea. Hasta una de cada seis mujeres experimenta dolores tan intensos que tiene que tomarse un par de días libres en el trabajo o en el centro de estudios cada mes^[179].

Los dolores menstruales se deben a las contracciones del útero. Este pequeño manojito hueco de músculos se contrae hacia el final de cada ciclo para deshacerse del endometrio, la membrana mucosa que lo recubre por dentro y que sale como menstruación.

El útero es fuerte, sí, tal vez demasiado. Empuja con tanto ímpetu que no puede respirar, ¡y eso duele! Bueno, en realidad no respira, eso lo hacen los pulmones, pero todas las células del cuerpo necesitan oxígeno. Sin él, se asfixian. La sangre lo transporta, y lo que ocurre es que el útero detiene su propio suministro de sangre en su entusiasmo por deshacerse del endometrio. Lo que duele es la falta de oxígeno, no los calambres en sí.

Espera un momento, ¿no habías oído hablar de algo parecido? Si trabajas en la sanidad o tienes, por ejemplo, un abuelo con angina de pecho, es posible que te haya sonado. Las personas con las arterias del corazón obstruidas presentan dolores debidos a la falta de oxígeno. Experimentan dolores en el pecho al realizar ejercicio físico. Si el abuelo sube unas escaleras, su corazón necesita más oxígeno, pero las arterias obstruidas no son capaces de transportar con suficiente rapidez la sangre rica en oxígeno. El corazón padece entonces dolores por falta de oxígeno. Lo mismo sucede en el útero cuando hay calambres.

También pueden sentirse dolores en el pecho a causa de un infarto. En este caso hay tan poco oxígeno que parte del corazón se asfixia y muere. Si empiezas a preocuparte, te tranquilizaremos añadiendo que los dolores menstruales no son lo mismo que un infarto: ¡no son peligrosos! No perderás partes del útero debido a los calambres, aunque llama la atención que la falta de oxígeno sea la causa de los dolores en ambos casos. No es lo mismo, pero se parece.

Entonces ¿por qué unas experimentan tanto dolor mientras que para otras la regla es un camino de rosas?

Se cree que se debe al grado de actividad de unas enzimas de las que estás provista. Las enzimas son pequeñas proteínas encargadas de que todos los procesos químicos del organismo sigan su curso. Un grupo de enzimas denominadas COX o ciclooxigenasas permiten la producción de prostaglandinas, una de las sustancias que se administran a las embarazadas para inducir el parto. Favorecen la contracción del útero y provocan la falta de oxígeno que hemos mencionado.

Algunos expertos opinan que las mujeres con dolores menstruales muy fuertes poseen unas enzimas COX particularmente activas^[179-2]. Por eso reciben más prostaglandinas que otras. Las prostaglandinas provocan unas contracciones más intensas en el útero, al cual le resulta difícil relajarse entre las contracciones. Además, provocan que los nervios de los bajos sean hipersensibles al dolor.

Quizá te hayas preguntado alguna vez si tienes un umbral de dolor bajo o hayas observado que la gente no te cree cuando describes tus dolores; pues bien, te presentaremos una pequeña comparación con el parto que cerrará la boca a la mayoría. Se ha observado que en las mujeres con dismenorrea las contracciones del útero alcanzan una presión equivalente a 150-180 mmHg^[179-3]. Tal vez esto no te diga nada, pero la presión en la fase de expulsión del parto es de alrededor de 120 mmHg. Durante un parto se experimentan unos tres o cuatro episodios de contracciones uterinas cada diez minutos, y las mujeres con dismenorrea presentan unos cuatro o cinco durante la regla. Es decir, esos terribles dolores menstruales son al menos tan intensos como los de la fase de expulsión y aparecen en intervalos de tiempo más breves. Así se entiende que duela tantísimo. Por suerte, lo normal es que esos terribles dolores pierdan intensidad con el paso de los años.

Para poder vivir con esos dolores es importante tomar analgésicos correctamente. El ibuprofeno es un principio activo que inhibe de manera directa las enzimas COX y se encarga de que se produzcan menos prostaglandinas. Por lo tanto, ¡es el medicamento más eficaz contra los dolores menstruales! Si sueles tenerlos fuertes, debes empezar a tomar ibuprofeno un día antes de la regla o a la mínima señal de dolor. Luego lo tomarás cada 6 u 8 horas los primeros días de la regla. Muchas esperan a tener dolores muy fuertes para tomar los analgésicos, que por desgracia tendrán entonces un efecto mucho menor, pues ya se habrán producido prostaglandinas^[180].

Por otra parte, la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales tienen un efecto favorable en los dolores menstruales. Además, son una solución más duradera, puesto que los usas regularmente.

Por último debemos añadir que en algunos casos los dolores pueden tener otras causas subyacentes. Así ocurre sobre todo en los que aparecen sigilosamente con el tiempo. «Antes no me pasaba». Podrían deberse a tumores benignos en el útero, los llamados «miomas», o a endometriosis, es decir, a la formación de una membrana mucosa uterina fuera del útero. Asimismo, es posible que con el DIU de cobre se experimente un aumento de los dolores menstruales. ¿Es este tu caso? Si es así, ha llegado el momento de cambiar de método anticonceptivo.

Si tienes intensos dolores repentinos, debes considerar la posibilidad de una afección más grave y aguda. Por ejemplo, el embarazo extrauterino o ectópico, que puede suceder si un óvulo fecundado no consigue trasladarse al útero tal y como debería. El embrión empieza a desarrollarse, por ejemplo, en la trompa de Falopio, donde no hay espacio suficiente. Un embarazo extrauterino puede manifestarse en

forma de fuertes dolores menstruales, sobre todo en un costado. En estos casos hay que acudir al servicio de urgencias.

Regla irregular

Es normal que la regla sea algo irregular en los primeros y en los últimos años de menstruación y con el uso de anticonceptivos hormonales. Tras la primera regla, el ciclo necesita tiempo para estabilizarse, y cuando usas anticonceptivos hormonales ya no tienes la regla típica, puesto que el ciclo no es como antes. Salvo en estas situaciones, el ciclo debería estabilizarse en una duración regular de entre 21 y 35 días, más o menos.

Si llevas varios años con la regla y el sangrado sigue siendo (o se vuelve de repente) tan imprevisible como la trama del *thriller Perdida* (2012), entonces debes estar atenta. Los sangrados irregulares pueden deberse a muchas cosas. Pueden ser sangrados intermenstruales, pequeños manchados entre una regla y otra, sangrados inesperados o sangrados originados por el sexo o relacionado con él.

Del mismo modo que la regla puede desaparecer, también puede llegar con retraso o aparecer inesperadamente debido al estrés, los cambios de peso o el ejercicio físico intenso. Son factores que afectan a las hormonas. Otras causas son las enfermedades subyacentes, como por ejemplo el síndrome de ovario poliquístico o algún trastorno metabólico.

El cáncer de cuello uterino y las enfermedades de transmisión sexual pueden provocar que el cuello uterino se irrite y sangre con facilidad. En estos casos, pueden producirse pequeñas hemorragias durante el coito o después de practicarlo. Por lo tanto, si tienes sangrados relacionados con el coito, debe examinarte un médico.

Si usas preparados combinados (píldoras, parche anticonceptivo o anillo vaginal) y padeces sangrados irregulares, sería buena idea que hablaras con un médico o una enfermera. También podría ser conveniente que te pasaras a un preparado con un poco más de estrógenos. Las píldoras anticonceptivas contienen dos dosis diferentes de estrógenos. Muchas mujeres se libran de los sangrados irregulares al empezar a tomar un preparado que contiene un poco más de estrógenos.

¡Demasiada sangre!

Como ya imaginarás viendo los diferentes tamaños de tampones en las estanterías del supermercado, tus amigas no tienen por qué sangrar tanto o tan poco como tú. Para algunas, hasta los minitampones son demasiado. Las que sangran menos solo necesitan colocar un poco de papel en las braguitas, y problema resuelto. Otras se cambian los tampones superplus cada pocas horas y aun así temen que la sangre se

filtro, por lo que desearían que se crearan tampones con una mayor capacidad de absorción, como el superplus plus plus plus plus. Ya sabes a qué nos referimos.

La pérdida normal de sangre durante el ciclo varía enormemente, pero la media se sitúa entre 25 y 30 mililitros, es decir, el equivalente a un café expreso sencillo. También está dentro de la normalidad una cantidad equivalente a un café expreso doble^[181].

¿Acabas de lanzar una carcajada sarcástica? «¿Un expreso sencillo? ¿Durante toda la menstruación? Ja, ja, ¡patético! ¡Por lo menos un expreso doble al día!».



Algunas no asocian la regla a una cafetería, sino más bien a la bañera de *lady Báthory*, ya sabes, aquella asesina en serie de Transilvania que al parecer se bañaba en sangre de vírgenes para mantenerse lozana. Que no. Nadie llena de sangre una bañera durante un ciclo, pero da esa impresión cuando la sangre no para de salir y, a pesar del tampón, traspasa la braguita y el pantalón hasta llegar al sofá blanco de tu suegra. Muchas mujeres acaban padeciendo anemia y necesitan suplementos de hierro. Se quedan flojas y pálidas, sufren frecuentes dolores de cabeza y no tienen energía para hacer lo que les gusta. ¡La regla puede quitarte la chispa!

Los sangrados menstruales se consideran anómalos cuando duran más de ocho días en cada ciclo o el volumen sobrepasa los 80 mililitros^[181-1], es decir, más de dos cafés expresos dobles. No es una bañera, pero sí una cantidad importante de sangre.

Es habitual que las chicas sangren más al principio de tener la regla. Esto suele mejorar con el tiempo y rara vez es causa de preocupación. Unas pocas, sin embargo, padecen unos sangrados tan abundantes que tal vez convenga asegurarse de que la

causa no sea una enfermedad subyacente. Algunos trastornos menstruales pueden ocasionar que se sangre más y con mayor facilidad, pero son poco frecuentes.

En cambio, el DIU de cobre es un culpable habitual de sangrados abundantes. Este anticonceptivo funciona muy bien en muchos casos, pero en otros puede provocar sangrados más abundantes y dolores menstruales más intensos. Esto afecta sobre todo a las que ya tenían sangrados abundantes antes. Los preparados combinados, por su parte, pueden constituir un tratamiento contra los sangrados abundantes, puesto que permiten un mayor control del sangrado. Los preparados con progestágenos, que en general eliminan la regla por completo o reducen en gran medida su cantidad, también triunfan en este aspecto.

Las mujeres que llevan tiempo con la regla y desarrollan de manera gradual un problema de sangrados abundantes pueden tener una enfermedad subyacente como el síndrome de ovario poliquístico, que desajusta el equilibrio hormonal. Los sangrados abundantes también pueden deberse a miomas, es decir, a tumores benignos en las paredes del útero. Leerás más sobre estas enfermedades en este capítulo.

Endometriosis: un sangriento viaje chárter

Las mujeres damos por hecho que la regla es dolorosa, pero algunas sufren tantos dolores menstruales que su vida se detiene temporalmente. Pasan varios días al mes acurrucadas en el sofá, con bolsas de agua caliente en el vientre y tomando analgésicos como si fuesen golosinas. No debería ser así. Si te ocurre eso, es posible que padezcas endometriosis, una enfermedad que afecta a alrededor de una de cada diez mujeres. Una tercera parte de las que sufren dolores en la parte inferior del abdomen y los bajos presenta endometriosis^[182]. No entran aquí los dolores de la vulva, como veremos más adelante.

Como quizá hayas deducido por el nombre, la endometriosis tiene que ver con el endometrio, la membrana mucosa que reviste el interior del útero. Dicha membrana aumenta de grosor en cada ciclo a fin de prepararse para recibir un óvulo fecundado. Se expulsa en forma de menstruación si no hay embarazo. Esto ya lo sabías. Pues bien, lo que distingue a la endometriosis es que existe una membrana mucosa también en el exterior del útero. Algunas solo tienen tejido endometrial que ha pasado hacia la capa muscular del útero o miometrio; es lo que se denomina «adenomiosis».

No se sabe muy bien cómo el tejido endometrial acaba fuera del útero. Una de las principales teorías es que la regla ha fluido en dirección contraria, es decir, hacia las trompas de Falopio, en vez de por el cuello uterino, y ha terminado en el abdomen. Hasta cierto punto, esto ocurre en todas las mujeres cuando tienen la regla, pero al parecer en algunas que son propensas a ello el organismo no es capaz de solucionarlo. En estos casos, las pequeñas células del endometrio malinterpretan el lugar al que pertenecen y se asientan en los ovarios, la pelvis, los intestinos u otros lugares del abdomen.

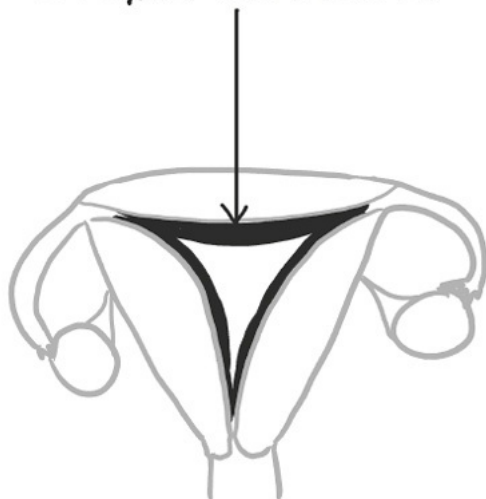
A menudo las células endometriales se encuentran cerca de los órganos sexuales internos, pero en casos extremadamente raros se han hallado hasta en los sacos que rodean los pulmones. En consecuencia, algunos se preguntan si, aparte de una regla despistada, puede haber otros mecanismos que causen endometriosis. ¿Tal vez se trate de un tipo de células madre (es decir, células que pueden convertirse en las células que quieran) que se han desarrollado en el lugar equivocado? ¿O acaso las células del endometrio se desplazan transportadas por medio de la sangre a otros órganos del cuerpo? Es posible que dentro de unos años tengamos la respuesta definitiva.

Las colonias con endometrio no han olvidado de dónde provienen aunque tengan un nuevo hogar, justamente como los pensionistas noruegos en la Costa del Sol. Se comportan como si viviesen en el útero. Por lo tanto, reaccionan ante las hormonas

del ciclo menstrual, igual que el endometrio normal. Por increíble que parezca, el resultado es que cada mes se produce una pequeña menstruación fuera del útero.

La regla fuera de sitio no es algo muy popular. El sistema inmunitario, en especial, opone una enérgica resistencia cuando el endometrio se instala en un vecindario habitualmente tranquilo y bien organizado. Y es que nuestro cuerpo tiene unas reglas estrictas acerca de lo que tiene que pasar y dónde. Cuando las colonias endometriales empiezan a sangrar donde no les corresponde, enseguida se arma un buen alboroto. Los vecinos no entienden qué sucede cuando de repente reciben una inesperada ducha sangrienta, por lo que, como es lógico, llaman a la policía, es decir, a las células inmunitarias. Estas acuden a toda prisa para poner orden. El resultado es una inflamación del tejido que rodea la colonia endometrial. Y las inflamaciones duelen.

ENDOMETRIO EN EL
LUGAR CORRECTO



ENDOMETRIO EN EL
LUGAR EQUIVOCADO



A la mayoría le costará distinguir este dolor de los dolores menstruales fuertes pero normales, puesto que la endometriosis suele encontrarse cerca del útero. Sin embargo, otras sentirán dolores en sitios extraños. Pueden tenerlos al hacer pis si los colonos se han asentado en la zona de las vías urinarias, o al hacer de vientre si estos se encuentran a gusto en el recto.

Todos estos dolores tienen algo en común: son cíclicos, es decir, siguen un patrón. A menudo aparecen un día o dos antes de la menstruación y pueden continuar hasta varios días después de la regla. Otra diferencia con respecto a los dolores menstruales habituales es que, en general, se desarrollan de manera gradual varios años después de tener la primera regla. Algunas experimentan dolores desde la temprana

adolescencia, pero es menos frecuente. Por lo tanto, la endometriosis no suele diagnosticarse antes de los 19 años.

Con el tiempo las inflamaciones mensuales alrededor de las colonias endometriales pueden ocasionar cicatrices y adherencias en el interior del organismo. Por ejemplo, la vejiga puede pegarse a su vecino, el útero. Las cicatrices internas pueden causar diferentes problemas, como dolores crónicos. Los dolores crónicos sordos en la zona genital son una molestia común en las mujeres con endometriosis. Muchas experimentan asimismo un profundo dolor durante el coito. El dolor se centra en la parte inferior del abdomen, no en la vagina ni en la vulva.

Otro problema es que muchas mujeres con endometriosis tendrán dificultades para procrear. La endometriosis es la culpable de casi uno de cada cuatro casos de infertilidad involuntaria^[183]. No se sabe bien por qué afecta a la fertilidad. El tejido cicatrizal y las adherencias pueden dañar las trompas uterinas y los ovarios, aunque al parecer existen otras causas. Por lo visto, tanto el sistema inmunitario como las hormonas están involucrados. Si tienes problemas para quedarte embarazada y sufres endometriosis, puedes pedir información para una inseminación artificial. Existen además intervenciones quirúrgicas que sustituyen o se añaden a la inseminación artificial. Se ha observado que la extirpación quirúrgica de las colonias endometriales aumenta el número de embarazos, tanto naturales como por inseminación artificial^[184]. Se recomienda que la intervención se realice solo una vez y que, por lo tanto, se reserve para cuando la mujer desee tener hijos.

No sabemos por qué algunas padecen de endometriosis. Hasta cierto punto es un trastorno hereditario, pero al parecer hay una serie de factores que desempeñan un papel importante. Por lo que se sabe, no se puede hacer nada para evitar la enfermedad. Es una cuestión de mala suerte. A algunos abuelos les gusta la Costa del Sol, mientras que otros están a gusto en su lugar de origen tanto en verano como en invierno. Del mismo modo, algunas de nosotras tenemos un endometrio que prefiere emigrar fuera del útero.

El problema de la endometriosis es que no puedes averiguar si la tienes mediante pruebas sencillas. Los análisis de sangre, los exámenes ginecológicos y las resonancias magnéticas revelan poco o nada sobre un endometrio deseoso de un viaje chárter. La única forma de confirmar o descartar la endometriosis es abrir el abdomen para echar un vistazo. Se emplea la cirugía laparoscópica. A través de unas pequeñas incisiones en el abdomen, se procede a la observación con cámaras. Como en toda intervención quirúrgica, pueden surgir complicaciones, por lo que no se realiza a menos que las molestias sean muy graves y se hayan descartado otras posibles causas del dolor.

En lugar de la intervención quirúrgica, muchos médicos prefieren probar a tratar la endometriosis, a ver si funciona. Por suerte, el tratamiento es sencillo en la mayoría de los casos, e inofensivo: píldoras anticonceptivas sin descansos o DIU hormonal y analgésicos, que también mitigan la inflamación. El ibuprofeno es un ejemplo de este

tipo de medicamento. El uso continuado de la píldora impide el sangrado de las colonias endometriales y posiblemente contribuye a que con el tiempo se reduzca su número^[182]. El ibuprofeno ayuda a controlar el dolor y es posible que reduzca la inflamación. No elimina las colonias, pero disminuye las molestias.

Si estos tratamientos no funcionan, existen formas más complejas de tratar la endometriosis, por ejemplo, la cirugía o un tratamiento hormonal más fuerte. Es un trabajo de especialistas. Lamentablemente, la endometriosis es una enfermedad crónica, que no desaparece hasta la menopausia. El tratamiento no la cura. Incluso después de la eliminación de las colonias, estas volverán con el tiempo. No obstante, debes saber que hay maneras de reducir los dolores.

SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO: LA ENFERMEDAD FEMENINA INVISIBLE

«Lo único peor que la regla es no tenerla», suele decir una amiga. Muchas se preocupan si desaparece o se presenta menos de una vez al mes. Una causa común de menstruación irregular o de sangrados menstruales muy espaciados es una enfermedad llamada «síndrome de ovario poliquístico». (SOP). ¿No has oído hablar de él? No eres la única, pero hay buenos motivos por los que todas deberíamos preocuparnos más por esta enfermedad, pues es el trastorno hormonal más común entre las mujeres en edad fértil. Afecta a entre el 4 y el 12 por ciento, sin que la mayoría de ellas lo sepan^[185].

La enfermedad recibe su nombre debido a que un hallazgo común son los quistes ováricos. Estos quistes son como pequeñas ampollas llenas de un líquido claro y hacen que los ovarios parezcan, en cierto modo, racimos de uvas. A diferencia de otras clases de quistes ováricos, son tan pequeños que no se revientan y, por lo tanto, no se nota su presencia.

Si bien este es el aspecto más conocido del SOP, constituye solo una pequeña parte de la enfermedad. El SOP es un síndrome, lo que significa que se compone de un conjunto de problemas que por lo general, aunque no siempre, se dan de manera simultánea. Los problemas se deben a una serie de trastornos del sistema hormonal. Se observan alteraciones no solo en los ovarios, sino también en el páncreas, el sistema digestivo y la hipófisis, la pequeña glándula del cerebro con forma de escroto.

Los ovarios tienen la función de almacenar todos los óvulos y propiciar la ovulación cada mes. Estas tareas resultan problemáticas con el SOP, dado que tanto la hipófisis del cerebro como los ovarios liberan niveles erróneos de las hormonas que dirigen el ciclo menstrual. En consecuencia, se producen menos ovulaciones, o dejan de producirse. Esto se traduce en que la regla aparece con menos frecuencia o se retira del todo.

Puesto que la ovulación es necesaria para que tenga lugar un embarazo, muchas mujeres con SOP tardarán más tiempo de lo normal en quedarse en estado o bien precisarán ayuda para conseguirlo^[186]. El SOP es una de las causas más comunes de

los problemas de fertilidad en las mujeres^[187]. También se relaciona con un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo, como el aborto espontáneo y la diabetes gestacional.

Se sospecha que en una fase más avanzada de la vida las mujeres con SOP sin tratar tienen un riesgo algo mayor de presentar cáncer de cuello uterino, la forma más común de cáncer ginecológico en el mundo occidental^[188]. Una revisión sistemática descubrió que el riesgo de por vida de presentar cáncer de endometrio es de alrededor del 3 por ciento en las mujeres sanas, mientras que al parecer se eleva al 9 por ciento en aquellas con SOP que no reciben tratamiento^[189].

Se cree que la razón por la que el SOP sin tratamiento aumenta el riesgo de ese tipo de cáncer es, entre otras cosas, que el endometrio de las afectadas se engrosa una y otra vez sin que se sustituya regularmente por medio de la menstruación. Las células endometriales envejecen y empiezan a actuar de forma anómala. Esto es fácil de prevenir si se tienen sangrados menstruales tres o cuatro veces al año con la ayuda de la píldora anticonceptiva u otro tratamiento hormonal.

Que quede claro que el endometrio no envejece de esa manera cuando una se salta la menstruación con anticonceptivos. En el SOP, el endometrio recibe señales continuas para seguir creciendo, y los anticonceptivos hormonales impiden ese crecimiento. Aunque el resultado en ambos casos sea una regla modesta, los mecanismos son totalmente diferentes.

Además de las alteraciones en la ovulación, los ovarios, al igual que el tejido adiposo y las glándulas suprarrenales, pueden empezar a producir demasiadas hormonas masculinas, los llamados «andrógenos». Todas las mujeres producen una pequeña cantidad de hormonas masculinas, pero por lo general la balanza se inclina hacia las femeninas. Si los andrógenos se imponen, es posible que salga vello en partes del cuerpo insospechadas; por ejemplo, puede crecer la barba o el vello púbico puede extenderse hacia el abdomen formando una ancha franja. Esto se llama «hirsutismo» y afecta a más de la mitad de las mujeres con SOP^[186-1]. No hablamos de un poco de pelusilla, sino de vello oscuro y grueso. Muchas presentan además problemas de acné que persisten mucho tiempo después de la pubertad. La manera de engordar también cambia: las mujeres suelen adquirir forma de pera al echar carnes en el trasero y las caderas, pero con el SOP las hormonas masculinas hacen que engorden más en forma de manzana, es decir, que echen tripa. En definitiva, pueden acabar con una panza cervecera, que, desde el punto de vista de la salud, contiene la grasa más perjudicial.

Además, los andrógenos tienen otros efectos que no son visibles. Pueden provocar niveles altos de colesterol y ácidos grasos en la sangre, que son perjudiciales y no les convienen a las paredes arteriales.

El tercer elemento que se comporta de forma anómala en el SOP es el páncreas. Este órgano del sistema digestivo produce tanto las enzimas que contribuyen a la digestión de los alimentos como la hormona insulina. La insulina se secreta tras la

ingestión de alimentos e indica a las células del organismo que deben absorber y quemar la glucosa sanguínea. En el 50-70 por ciento de las mujeres con SOP, las células no reaccionan como deben a las señales de insulina emitidas por el páncreas^[186-2]. Las mujeres presentan resistencia a la insulina y el páncreas responde produciendo aún más insulina, con la esperanza de que llegue el mensaje. ¿Nadie se ha reído de tu chiste? ¡Pues cuéntalo más alto!

Al organismo no le convienen los niveles altos de insulina. Si no logras controlar la resistencia a la insulina, es posible que con el tiempo desarrolles diabetes tipo 2. Las mujeres con SOP tienen probabilidades mucho mayores de desarrollar diabetes que otras mujeres con el mismo peso y estilo de vida^[185]. En estudios norteamericanos se ha observado que entre el 20 y el 40 por ciento de las afectadas por el SOP tienen prediabetes o han desarrollado diabetes tipo 2 al cumplir los 40^[186-3]. La combinación de resistencia a la insulina, niveles alterados de lípidos en la sangre y acumulación de grasa en el abdomen es un ingrediente importante en la receta de las enfermedades cardiovasculares. Esas alteraciones pueden contribuir a aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares en una edad más avanzada.

Como comprenderás, debes tomar en serio el SOP. Si tienes una menstruación irregular, el SOP puede ser la causa. Para averiguar si presentas la enfermedad, el médico medirá tus niveles hormonales y te examinará los ovarios con una ecografía en busca de quistes. Si resulta que te diagnostica el SOP, hay una serie de cosas que deberás tener en cuenta para garantizar tu salud futura.

El consejo más importante, con diferencia, es el control del peso y el cambio de estilo de vida. Si tienes sobrepeso, puedes reducir las molestias adelgazando. Si tu peso es normal, no has de preocuparte, por supuesto. Ya sabemos que lo de adelgazar es más fácil decirlo que hacerlo, pero ¡el ejercicio físico y una alimentación sana mejorarán tu salud! A cuatro de cada cinco mujeres con sobrepeso les bastaría con perder un cinco por ciento de su peso corporal para volver a tener una ovulación normal^[186-4], es decir, pasar, por ejemplo, de 80 a 76 kilos. Además, esto puede reducir la resistencia a la insulina, así como las probabilidades de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares. Los problemas de crecimiento de vello y acné también disminuirían, puesto que el sobrepeso aumenta la producción de hormonas sexuales masculinas.

También te recomendamos que acudas a un médico, con conocimientos sobre el SOP para evaluar la posibilidad de usar preparados combinados como la píldora, el parche anticonceptivo o el anillo vaginal. Es una de las partes más importantes del tratamiento de esta enfermedad. Los estrógenos de la píldora reducirán la producción y la actividad de las hormonas sexuales masculinas de los ovarios, lo que ayudará a prevenir tanto el crecimiento de vello como la aparición de granos. Asimismo, es posible que se reduzcan el desarrollo de quistes y el riesgo de tener cáncer de endometrio. Las mujeres que no pueden tomar estrógenos debido al riesgo de tromboembolismo pueden usar anticonceptivos sin estrógenos como el DIU hormonal

o el implante anticonceptivo, aunque por desgracia no afectan a las hormonas sexuales masculinas.

Reflexiona sobre si quieres tener hijos o no. Si deseas tenerlos, sería buena idea que no lo pospusieras demasiado. Muchas mujeres con SOP necesitan ayuda para quedarse embarazadas, y es un proceso que requiere tiempo. Es conveniente estar preparada para ello.

Miomas: un útero con pelotas

¿Te llevaste una sorpresa desagradable la última vez que fuiste al ginecólogo? Somos unas cuantas las que tenemos tumores benignos, los llamados «miomas», en el útero. No es de extrañar que te entren sudores al oír la palabra «tumor» en relación con tu propio cuerpo, pero en este contexto puedes tomártelo con calma. Reclínate bien en la silla del ginecólogo e inspira y expira profundamente. Los miomas son tumores benignos que crecen a partir de células de la pared muscular del útero. No tienen nada que ver con el cáncer. No son cáncer ni lo serán. A menudo los médicos los denominan «fibromas» para que sea más fácil entender la diferencia entre los tumores benignos y los no tan benignos.

Los miomas se componen de lo que llamamos «musculatura lisa», es decir, músculos que no controlamos, como los de los intestinos y el estómago. Los miomas suelen ser redondos y de consistencia gomosa. Si tuvieses uno en la mesa, delante de ti, y lo partieras en dos con un cuchillo verías que por dentro es de color blanco perla, y no rojo, como tal vez te habías imaginado. En realidad los miomas se parecen un poco a las perlas, que se forman dentro de las ostras en el fondo del mar.

Pueden aparecer en diversos lugares del útero, tanto en el interior de la pared como fuera de ella, así como en la zona que va hacia la cavidad uterina. Algunas solo tienen un mioma, pero lo habitual es que se formen seis o siete^[190]. Pueden ser minúsculos o, en el peor de los casos, alcanzar el tamaño de un pomelo. No es que los tumores crezcan de forma gradual. Algunos crecen mucho en poco tiempo, otros no pasan de un centímetro y otros se encogen y desaparecen solos.

Los miomas son muy habituales hasta la menopausia. Como ocurre tantas veces en los bajos, responden a la hormona estrógeno, por lo que solo aparecen después de la pubertad y tienden a desaparecer con la menopausia. Hasta una de cada cuatro mujeres descubre que tiene este tipo de leiomioma^[190-1]. Es muy probable que sean incluso más, pero en muchos casos son tan pequeños que no se notan. Puesto que los miomas son bultos benignos, no hay por qué ponerse a buscarlos solo para ver si están ahí. No pasa nada por tenerlos, siempre que no ocasionen molestias.

La gran mayoría de los miomas no genera síntomas, aunque si crecen hacia el interior de la cavidad uterina pueden producir sangrados menstruales abundantes y de larga duración. Los sangrados intermenstruales no son frecuentes con los miomas. Los dolores tampoco son una señal clásica, aunque algunas mujeres notan dolores opresivos en los bajos si los miomas son de gran tamaño. Una excepción es cuando un mioma empieza a disolverse y muere, por ejemplo, al no llegarle sangre. Esto puede causar unos dolores muy fuertes, sobre todo si ocurre durante el embarazo, si bien no conlleva ningún peligro.

Imagínate un útero con cinco o seis perlas del tamaño de pelotas de tenis y comprenderás que los miomas pueden causar otros problemas. Por ejemplo, pueden oprimir la vejiga, situada justo delante del útero, de forma que tengas ganas de orinar. También pueden provocar una sensación de hinchazón y pesadez que recuerda un poco al embarazo, y de hecho es posible que la tripa crezca un poco, de modo que parezca que estás de unos meses.

Como una especie de ironía cruel, en el peor de los casos los miomas pueden conducir a dificultades para quedarse embarazada^[191]. Por suerte les sucede a una minoría de las mujeres con miomas, que constituyen la causa de infertilidad en el 1-2 por ciento de las que presentan dificultades para tener hijos^[192]. No se sabe con total seguridad qué impide el embarazo, pero parece ser que la causa principal es la localización de los miomas, y no su tamaño^[193]. Los que se extienden hacia el interior de la cavidad uterina pueden dificultar la fijación de los óvulos fecundados, puesto que estos deben implantarse, precisamente, en el interior del útero. También pueden oprimir la abertura de las trompas, de modo que a los espermatozoides les resulte imposible acceder al óvulo, que espera impaciente una agradable cita para fusionarse. Si se sospecha que los miomas son la causa de la infertilidad, pueden extirparse, si bien no está muy claro hasta qué punto resulta efectivo^[193-1].

Más dudas plantea aún la forma en que los miomas afectan al embarazo una vez que se ha producido. Al parecer, son de nuevo los que se extienden hacia el interior de la cavidad uterina los que crean más problemas. En algunos estudios se ha observado que causan un mayor riesgo de aborto espontáneo, del 22-47 por ciento^[191-1]. Por lo demás, no parece que los miomas tengan un gran efecto negativo en el embarazo, salvo una mayor incidencia de cesáreas si obstruyen el paso del bebé a través del canal del parto. En definitiva, no hay ningún motivo para la extirpación quirúrgica de los miomas antes de plantearse tener un hijo^[192-1].

Es posible limitar el crecimiento de los miomas. Una solución sencilla es probar los preparados anticonceptivos de efecto duradero con solo progestágenos, por ejemplo, el implante o el DIU hormonal^[194]. Si tienes molestias por sangrados abundantes, los anticonceptivos hormonales pueden ayudarte. Los que contienen una dosis baja de estrógenos no provocan el crecimiento de los miomas, por lo que no hay inconveniente en que uses estos preparados si lo prefieres.

Para la mayoría, los miomas uterinos son un poco como las pecas: puedes tener pocas o muchas, grandes o pequeñas, y no ocasionan molestias. No hay por qué eliminarlos a menos que den problemas. Y recuerda: los miomas jamás se convertirán en cáncer.

Vulva dolorida: dolores inexplicables en los genitales femeninos

¿Sufres dolores en los bajos sin que los médicos u otros profesionales sanitarios sean capaces de averiguar la causa? Como seguramente ya sabes, no eres la única, y la falta de datos resulta frustrante. Los dolores existen, está claro. Entorpecen tu vida diaria y dificultan las relaciones sexuales, pero ¿de dónde vienen? Hasta el momento tenemos unos conocimientos muy limitados al respecto.

Existen numerosas causas de los dolores genitales. Muchas cosas pueden originarlos. Los hongos y otros problemas ginecológicos pueden provocar escozor y picor persistentes, y las enfermedades de transmisión sexual pueden ocasionar dolor en relación con el sexo. Hay enfermedades dermatológicas dolorosas que afectan a la vulva y, en casos más raros, el cáncer ginecológico puede producir dolor. La inflamación de las glándulas de Bartolino puede provocar un intenso dolor, y la lista continúa.

Algo común en estas afecciones es que por lo general son detectables. Si acudes al médico con un dolor, te examinará y averiguará a qué se debe mediante pruebas y análisis. No es raro tener dolor en los bajos debido a un brote de herpes genital que vuelve una y otra vez, pero ¿qué ocurre si los médicos buscan y buscan sin encontrar nada?

El dolor en los genitales sin causa conocida se denomina «vulvodinia». «Dinia» procede de la palabra griega ο'δυ'νη, que significa «dolor». Por lo tanto, «vulvodinia» significa «dolor de vulva».

Conviene señalar cuanto antes que los dolores de la vulvodinia son reales, aunque los médicos no encuentren su causa. Muchas mujeres que la padecen se quedan con la sensación de que no las toman en serio al ver que no reciben respuestas claras sobre lo que les pasa. Es posible que les hayan realizado numerosos exámenes y que hayan visitado a un médico tras otro sin que ninguno haya detectado ningún problema. ¿Significa eso que los dolores son un producto de la imaginación? Pues no, son reales. Nosotras nos los tomamos en serio.

Existen diversas formas de vulvodinia. Esto puede deberse a dos motivos: en primer lugar, es posible que haya varias afecciones indeterminadas que originan el dolor de vulva, pero, como todavía no se conocen bien, se agrupan bajo la denominación común de «vulvodinia». En segundo lugar, las distintas formas que adoptan los dolores inexplicables de la vulva podrían ser la expresión de una afección determinada cuyos síntomas varían de una persona a otra.

No sabemos cuál de las dos posibilidades es la correcta, y menos aún cuál es la causa de los dolores. Esperamos con impaciencia más investigaciones sobre esta cuestión, ya que afortunadamente la medicina avanza. En la Edad Media se creía que

todas las enfermedades se debían a un desequilibrio en los fluidos corporales y que la sangría, es decir, la extracción de sangre, era una idea estupenda y una cura milagrosa para todo, desde la depresión al cáncer. Por poner un ejemplo más reciente, no hace mucho los médicos creían que las úlceras gástricas eran una consecuencia de factores relacionados con el estilo de vida como el estrés y el consumo de café. Sin embargo, resultó que el causante era una bacteria específica llamada *Helicobacter pylori*.

Puede que ocurra lo mismo con la vulvodinia. ¿Es una enfermedad neurológica? ¿Un tipo de bacteria o virus que provoca una infección? ¿Una reacción a un tratamiento? Ya veremos.

La vulvodinia está relacionada con repentinos dolores ardientes en los genitales, o lo que en terminología médica se denomina «alodinia» e «hiperalgesia». La alodinia implica que los estímulos que normalmente son indoloros, por ejemplo la presión o el tacto, de pronto se vuelven dolorosos. Un ligero contacto con el meñique, por ejemplo, provoca dolores ardientes en los bajos. La alodinia suele aparecer en zonas que, de alguna manera, presentan una lesión. No sabemos con seguridad si esto también es aplicable a la alodinia en los genitales. En la hiperalgesia, los estímulos que provocan dolor duelen todavía más. Un ligero pinchazo con una aguja, que en circunstancias normales te haría encoger de hombros, puede desencadenar unos dolores intensos. Tanto la hiperalgesia como la alodinia son dolores neuropáticos. Esto significa que los dolores aparecen como consecuencia de una lesión o enfermedad del sistema nervioso periférico, esto es, los nervios que se encuentran fuera del cerebro y de la médula espinal.

Los dolores ardientes y neuropáticos se asocian en general a la vulvodinia, aunque no podemos afirmar a ciencia cierta que no aparezcan otros tipos de dolor. Es posible que los dolores varíen de una persona a otra y, como ya hemos dicho, no sabemos si todas las vulvodinias son una misma enfermedad. Otro factor importante es que interpretamos los dolores de distinta manera. Esto sucede con cualquier dolor, no solo con el de vulva. Por ejemplo, algunas pueden interpretar el malestar como un picor y pensar que se debe a algo que ya conocen, como una infección por hongos. Esto puede llevar al uso frecuente de tratamientos antifúngicos sin que los hongos sean la verdadera causa^[195].

La localización del dolor también varía, y este es uno de los factores que permiten clasificar la vulvodinia en diversas categorías. Algunas experimentan dolor en toda la vulva, es decir, tanto en el orificio vaginal como en el clítoris y alrededor de los labios genitales. Es lo que se denomina «vulvodinia generalizada», más común en las mujeres de edad más avanzada. Otras veces el dolor se localiza en un punto determinado de la vulva. Esto se denomina «vulvodinia localizada», que es más común entre las jóvenes. Lo más habitual es experimentar dolor en el clítoris o alrededor del orificio vaginal, en la zona denominada «vestíbulo». Por consiguiente, estos dos tipos de vulvodinia localizada reciben el nombre de «clitorodinia» y «vestibulodinia», respectivamente.

La vulvodinia y, sobre todo, la vestibulodinia se denominaban antes «vestibulitis», una palabra que quizá te suene por los medios de comunicación. Los términos médicos acabados en *—itis* indican que se refieren a una inflamación. Así pues, «vaginitis» significa «inflamación de la vagina». Puesto que todavía no se ha comprobado que exista una inflamación cuando se tiene vulvodinia, se ha decidido descartar el término «vestibulitis». Es más correcto llamarlo vulvodinia o dolor de vulva^[194-1].

Los dolores se presentan de distintas formas. Algunas experimentan lo que se denomina «dolor provocado», mientras que otras tienen un «dolor espontáneo». El dolor provocado ocasiona el típico dolor neuropático, es decir, hiperalgesia o alodinia. Se produce cuando hay un contacto directo con los genitales. Puede manifestarse de diferentes formas. El roce y la presión que normalmente no produce molestias puede provocar un dolor intenso. Algunos ejemplos son la presión de un sillín de bicicleta, el coito, el uso de un tampón o el roce directo del clítoris. Se puede tener tanta sensibilidad que hasta la ropa interior y las prendas anchas causen dolor. Una prueba que suelen utilizar los médicos para averiguar si la paciente sufre de dolor provocado es presionar con un bastoncillo la zona dolorida, por ejemplo el orificio vaginal.

El dolor espontáneo aparece de repente sin que haya el menor roce. Suele experimentarse como ardor.

Es posible tener una combinación de dolor provocado y espontáneo. Algunas experimentan una sensación constante de ardor, mientras que otras sienten dolor de vez en cuando^[196]. Lo más habitual es que la vulvodinia localizada, como la vestibulodinia, ocasione un dolor más provocado, mientras que la vulvodinia generalizada produce un dolor más espontáneo, junto con dolores provocados por el contacto con la ropa^[197].

No se ha encontrado una relación clara entre la vulvodinia y otras afecciones genitales, como las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, una teoría popular relaciona la vulvodinia con el uso frecuente de tratamientos contra hongos genitales. Esto no quiere decir que vayas a tener vulvodinia por utilizar tratamientos antifúngicos. Como ya hemos señalado, se suele creer que los dolores de vulva se deben a los hongos y, naturalmente, se emplean tratamientos para eliminarlos. En consecuencia, es difícil determinar si el tratamiento antifúngico ocasiona las molestias o si las molestias llevan al tratamiento.

Un estudio encontró una relación entre las infecciones recurrentes por hongos y la vulvodinia, pero los experimentos se realizaron en ratones, por lo que resulta difícil sacar conclusiones aplicables a nosotras, las bípedas^[198]. Los ratones acabaron con alodinia. El mismo estudio descubrió que la zona dolorida tendía a volverse especialmente sensible. El número de terminaciones nerviosas con la posibilidad de registrar dolor había aumentado. De este estudio parece deducirse que las infecciones

recurrentes por hongos afectaron a la capacidad de los ratones de sentir dolor desde el punto de vista puramente neurológico.

Otros estudios han demostrado alteraciones en la inervación de las mujeres con vulvodinia. Al parecer, algunas con dolores en la vulva habrían desarrollado un mayor número de fibras nerviosas sensibles al dolor^{[199][200][201]}. No está claro a qué se deben estas alteraciones.

¿Un síndrome para mojígatas?

Si has leído algo acerca de la vulvodinia en los medios de comunicación, seguramente sabrás que muchos muestran interés por el aspecto psicológico de esta enfermedad. Numerosos terapeutas, quizá en particular los sexólogos que se ocupan de la interacción entre mente y sexualidad, le prestan una especial atención en su trabajo con las pacientes. ¿Cabe la posibilidad de que los dolores de vulva afecten a las mujeres que tienen sexo sin desearlo? ¿Acaso afectan a las «chicas buenas» o a las mujeres que han vivido experiencias negativas o dolorosas? ¿Qué ocurre con las que han sufrido agresiones o abusos? Todas estas cosas se dicen al hablar de los dolores de vulva, pero ¿ayudan en algo?



Es fácil colocar la etiqueta de «causa psicológica» a las dolencias en que no se encuentra una causa física directa, pero hay que ser prudente. Si las mujeres no se reconocen en esas descripciones, pueden sentir confusión y rabia. Sobre todo la

expresión «chica buena» puede crear una impresión equivocada de que la misma mujer, o su personalidad, es culpable de los dolores, ya que ser competente y responsable podría tener como resultado unas molestias físicas que la inhiben. No resulta constructivo. Dicho esto, es posible que en algunos casos los dolores genitales se deban a causas psicológicas, y no hay por qué avergonzarse por ello.

Muchas pacientes con vulvodinia usan la psicoterapia conversacional como parte del tratamiento. Puede surtir efecto, ya que se trabajan los posibles aspectos psicológicos de los dolores; además, ayuda a manejar la gran carga psicológica que puede suponer la vulvodinia.

Sabemos que todas las formas de dolor están estrechamente ligadas a la mente. Muchas personas que sufren dolores desarrollarán con el tiempo conductas de evitación y tensiones que pueden empeorar el problema desencadenante, de modo que se acabe en un círculo vicioso. Por ejemplo, la posibilidad de un coito doloroso puede conducir a que la vagina se tense para protegerse, y el intento de mantener la relación sexual resultará todavía más doloroso.

Asimismo, por los estudios sobre el dolor se sabe que el cerebro se vuelve más sensible a los nuevos impulsos dolorosos en las personas expuestas al dolor a lo largo del tiempo. En suma, el dolor genera más dolor. En estos casos las técnicas de relajación y la psicoterapia pueden ayudar a romper el círculo de dolor. No obstante, esto no es lo mismo que afirmar que la vulvodinia tiene como punto de partida una causa psicológica.

Por lo que sabemos, ninguna investigación ha encontrado una relación clara entre la vulvodinia y el hecho de haber sufrido agresiones o abusos sexuales. Sin embargo, en algunos casos estas experiencias pueden ser un factor subyacente. Los resultados de los estudios que comparan el perfil psicológico de mujeres con y sin vulvodinia difieren. Un estudio que examinó a 240 mujeres con vulvodinia y las comparó con otras tantas sin molestias observó que era más común el desarrollo de esta afección en las que tenían antecedentes de trastornos de ansiedad^[202]. En otro estudio en el que se comparó dos grupos de mujeres de menor número, no se encontró ninguna diferencia en el perfil psicológico de las que tenían vulvodinia y las que no^[203]. Se debate hasta qué punto la vulvodinia es una enfermedad de origen psicológico. Es posible padecerla sin tener un historial de problemas psicológicos o experiencias sexuales desagradables.

Dado que se sabe tan poco acerca de las causas de la vulvodinia, el tratamiento sigue siendo experimental y complejo. Se prueban diferentes métodos que ayudan en otros síndromes de dolor, con la esperanza de que sean eficaces. De todos modos, el primer paso es buscar un médico con experiencia en este campo. Hay ginecólogos y médicos con especial interés por los dolores de vulva. También puedes acudir a una clínica especializada en este tipo de dolores.

Como ya hemos mencionado, los dolores neuropáticos se manifiestan en algunas variantes de la vulvodinia, y aquí disponemos de buenos medicamentos, por ejemplo,

algunos antidepresivos y algunos medicamentos contra la epilepsia. Los fármacos que actúan contra la neuralgia han resultado efectivos en algunas mujeres con vulvodinia^[204]. Otras pueden experimentar los efectos del estrógeno, por ejemplo, a través de anticonceptivos como el anillo vaginal. El estrógeno engrosa la membrana mucosa de la vagina. Los geles analgésicos pueden reducir los dolores; es posible que les resulten útiles durante el coito a las que sufren de dolor provocado y, sin embargo, quieren tener relaciones sexuales. Además de la terapia conversacional, a muchas les será de utilidad la fisioterapia. Pueden aprender ejercicios que facilitan la relajación de la musculatura del suelo pélvico. Muchas de las que padecen vulvodinia provocada sufren de otras afecciones en que la tensión muscular forma parte del cuadro, por ejemplo, dolores cervicales, de hombros o cefalea tensional.

El consejo general que suele darse a las mujeres con vulvodinia es que no hagan lo que les ocasiona el dolor. Si por ejemplo tienen dolores durante el coito, es importante que no las presionen para practicarlo. Si a pesar de todo quieren tener relaciones sexuales, pueden probar, solas o con su pareja, otras actividades que no les provoquen dolor. Los sexólogos pueden ofrecer orientación y numerosos consejos, y a muchas les reconforta que su pareja las acompañe a la consulta. También se recomienda un uso moderado de perfumes, jabones y cremas en los bajos, ya que es posible que, en el peor de los casos, agraven los dolores.

Vaginismo

Muchos hablan de la vulvodinia junto con lo que se denomina «vaginismo», otro diagnóstico complicado y algo polémico. Vaginismo significa que las mujeres tensan de forma involuntaria la musculatura del suelo pélvico que rodea la abertura de la vagina o experimentan tensión en dichos músculos. A menudo se resisten a la penetración vaginal, ya sea en las relaciones sexuales o en los exámenes ginecológicos, porque temen el dolor o el malestar. Dicho de otro modo, el vaginismo puede ser un diagnóstico complicado que dificulta el sexo, el uso del tampón y los exámenes ginecológicos.

Algunas creen que en el vaginismo se producen unos espasmos musculares involuntarios que estrechan la vagina. Los estudios realizados con aparatos que miden la actividad muscular no han encontrado pruebas claras de que se experimenten dichos espasmos musculares, y en la comunidad médica no hay consenso acerca de cuáles serían los músculos involucrados en el vaginismo^[205].

Los diagnósticos de vestibulodinia y vaginismo se superponen. Los dolores descritos en ambos casos suelen ser iguales o similares. Se localizan sobre todo en la zona del orificio vaginal, lo que los diferencia del dolor profundo del cuello uterino irritado que ocasionan las infecciones de transmisión sexual y la endometriosis. Es

difícil determinar si la vestibulodinia y el vaginismo son dos aspectos del mismo trastorno o dos afecciones diferentes que suelen presentarse juntas^[205-1].

El tratamiento del vaginismo es bastante similar al de la vulvodinia. En este caso se procura, además, entrenar la capacidad de introducir algo en la vagina. Por lo general se empieza con objetos muy finos, los llamados «dilatadores», que la misma paciente se inserta y cuyo tamaño aumentará de forma gradual. La introducción se hace siempre con un gel analgésico para que no resulte dolorosa. El tratamiento puede llevarse a cabo con la ayuda de un ginecólogo, un sexólogo o un fisioterapeuta.

El vaginismo y la vulvodinia son afecciones muy inhibidoras que tienen un gran efecto en la vitalidad y la vida sexual de la paciente. A muchas de las afectadas les resulta imposible disfrutar de una vida sexual normal y las relaciones sentimentales pueden pasar por malos momentos o romperse. Se preocupan y se preguntan si alguna vez tendrán novio o hijos, o si se pasarán toda la vida solas. Sienten que no dan la talla. El escaso conocimiento sobre lo que les ocurre les provoca amargura y pueden sentirse estigmatizadas al acudir a los servicios sanitarios. Mientras esperamos más conocimientos, un pequeño consuelo es que la mayoría mejora, y muchas incluso se recuperan por completo, aunque en muchas ocasiones la vulvodinia se convierte en crónica.

La clamidia, la gonorrea y sus parientes lejanos

Nos encanta, por supuesto, el reality *Paradise Hotel*, y nos reímos mucho aquella vez que un participante declaró que por el aspecto de las chicas podía deducir si tenían una enfermedad venérea, y que por eso nunca usaba preservativo^[206]. No sabemos con qué dones ha sido bendecido. Quizá tenga un certificado de estudios del colegio Hogwarts o una relación de parentesco con alguno de los videntes de la tele. Lo que está claro es que nadie puede deducir por el aspecto de las mujeres (o de los hombres) si tienen una enfermedad venérea. Muchos ni siquiera saben que se han contagiado, y he ahí el problema. Siguen manteniendo relaciones sexuales sin preservativo pese a haber contraído una enfermedad venérea. Y lo que se ignora se propaga.

A las enfermedades venéreas también se las conoce como Infecciones de Transmisión Sexual o ITS. Puedes contraerlas al mantener relaciones sexuales o un contacto sexual con una persona contagiada. Las enfermedades las causan diversos tipos de microorganismos, como bacterias, virus o parásitos. Unas se transmiten mediante los fluidos corporales, como la sangre y el semen, y otras por contacto de la piel y las mucosas.

Algunas ITS son muy comunes, mientras que otras son infrecuentes en nuestras latitudes. No es improbable que a lo largo de la vida contraigas una o varias. Es uno de los inconvenientes de tener una vida sexual activa.

Puesto que la sexualidad ha estado asociada a la vergüenza y el sentimiento de culpa, en especial para las mujeres, también lo han estado las enfermedades venéreas. Aún hoy muy pocas hablan abiertamente de sus problemas con las verrugas genitales y la clamidia. Aunque se trate de afecciones comunes y en ocasiones resulte difícil protegerse de ellas, muchas tienen la sensación de que deberían haber practicado menos sexo casual para no exponer a su pareja al contagio. Esperamos que un mayor conocimiento de las ITS y su normalización contribuyan a erradicar algunos de estos desagradables sentimientos de vergüenza. La causa del contagio es ante todo el mal uso del preservativo, y luego la suerte, o la mala suerte. Aquí no entra tu moral sexual personal. Algunas se acuestan con cientos de personas sin preservativo y se libran milagrosamente del contagio, mientras que otras tienen un rollete de una noche y acaban con verrugas genitales. A nosotras nos gusta tanto el concepto de moral sexual como al polémico autor noruego Jens Bjørneboe. O sea, ni pizca.

Antes de que dispusiéramos de medicinas modernas y antibióticos, algunas enfermedades venéreas se asociaban a algo más que la vergüenza: ocasionaban trastornos muy graves y, en el peor de los casos, la muerte. La gonorrea fue durante mucho tiempo una causa común de ceguera entre los niños, que se contagiaban de la madre durante el parto. Por eso era muy común aplicar gotas en los ojos de los recién

nacidos en cuanto veían la luz, como tratamiento contra esa enfermedad. En la obra *Espectros* (1881), de Ibsen, la sífilis puede entenderse como un personaje con entidad propia. Ataca el cerebro y el sistema nervioso central de Osvald, el artista atormentado. En la actualidad se cura con penicilina, de modo que las personas contagiadas se recuperan del todo, pero en la época en que se publicó *Espectros*, esto no era posible. Osvald no fue el único que la padeció y murió a causa de ella.

Pese a los avances en la medicina, las ITS todavía constituyen una importante amenaza para la salud pública en todo el mundo. Desde la década de 1980, cuando el sida acabó con la vida de miles de hombres jóvenes homosexuales, este síndrome ha formado parte de las noticias de actualidad. Con razón. El sida, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es una enfermedad en la que el sistema inmunitario, es decir, las defensas del cuerpo contra las bacterias, los virus y otros rollos, se viene abajo. El microorganismo causante es el VIH. En 2015 murieron 1,1 millones de personas por causas relacionadas con el VIH, y más de 36,7 millones conviven con el virus en la actualidad. Desde el inicio de la epidemia han perdido la vida 35 millones de personas^[207]. Una vez que contraes el VIH, no te deshaces de él jamás. En Noruega, los infectados por el VIH reciben tratamientos tan buenos que pueden llevar una vida prácticamente normal. Si el tratamiento es minucioso, no podrán transmitir la enfermedad. Por lo tanto, existen medicamentos que controlan el virus, pero solo la mitad de las personas infectadas en el mundo tiene acceso a ellos.

Hoy en día no están muy extendidos ni la sífilis ni el VIH en Noruega, pero se dan. En 2015 se efectuaron 221 diagnósticos nuevos de VIH, y a 189 personas se les diagnosticó sífilis en 2014^[208]. Son cifras extremadamente bajas comparadas con las de otras enfermedades de transmisión sexual que se consideran muy extendidas. La prueba del VIH y la sífilis se realiza mediante un análisis de sangre, pero, dado que tienen una incidencia tan baja, no es necesario que te la hagas de forma regular, a menos que estés expuesta al contagio.

La enfermedad bacteriana más común en Noruega se llama «clamidia». En 2014 se realizaron 292 772 pruebas de clamidia, de las que 24 811 resultaron positivas; es decir, un 8 por ciento^[209]. Una prueba positiva significa que se encontró clamidia. En las franjas de edad de 15-19 y 20-24 años, el número de pruebas positivas es más elevado que en todas las demás en conjunto. Entre los jóvenes de 15 a 19 años, el 13,6 por ciento de las chicas dieron positivo, en comparación con el 16,1 por ciento de los chicos. Entre los de 20 a 24 años, dieron positivo el 10,6 de las mujeres y el 16,3 por ciento de los hombres. Se estima que hay grandes cifras desconocidas, puesto que muchos no se hacen la prueba.

La mayoría de los que dan positivo son mujeres, hasta el 60 por ciento. Esto no significa que haya más mujeres que contraen clamidia, sino que las mujeres se hacen más pruebas. Como habrás visto por las cifras de las franjas de edad de 15-19 y 20-24 años, hay una mayor proporción de chicos que tienen clamidia cuando se hacen la

prueba. Esto significa que hay más chicos que chicas que andan por ahí con clamidia sin saberlo.

Parece que muchos chicos confían en que las chicas se hagan las pruebas y en recibir un telefonazo cuando una expareja tenga un resultado positivo. Es un estilo pésimo y, ante todo, una estrategia muy poco efectiva. Puedes tener clamidia aunque tu pareja sexual haya dado negativo en la prueba. El riesgo de contagio no es del cien por cien en cada coito y, por lo tanto, ambas partes deben hacerse la prueba. El participante anticondones de *Paradise Hotel* y unos cuantos más con él deben cambiar de mentalidad. El preservativo es una apuesta segura cuando tienes sexo con una persona nueva porque no puedes tener la seguridad de que tu pareja haya sido igual de inteligente que tú y se haya hecho la prueba. Por otra parte, a veces una se olvida del preservativo y lo hecho, hecho está. Si te olvidas de usar el preservativo, es importante que te hagas la prueba.

Otras dos enfermedades bacterianas que se parecen un poco a la clamidia son el micoplasma y la gonorrea. El condón te protege de forma efectiva contra las tres. En Noruega, la gonorrea es mucho menos habitual que la clamidia. En 2014 se diagnosticó a 682 personas. Solo 119 de ellas eran mujeres heterosexuales, aunque cada vez hay más casos de contagio^[210].

El micoplasma es una enfermedad que los médicos olvidan con frecuencia. Es un poco como el hermano pequeño de la clamidia. Se parece mucho a ella, tiene los mismos síntomas y, posiblemente, los mismos efectos a largo plazo, pero volveremos a ello más adelante. Sin embargo, no se realizan pruebas de micoplasma genital a menos que el paciente presente síntomas. Y, aunque los presente, a muchos médicos no se les ocurre solicitar la prueba. El tratamiento difiere del de la clamidia, por lo que es importante detectar la infección. Si tienes síntomas y una prueba de clamidia negativa, sería buena idea que pidieras una prueba de micoplasma.

Los síntomas más habituales de la clamidia, del micoplasma y de la gonorrea son alteración o aumento del flujo, escozor al orinar, malestar general o picor en los genitales, la uretra o el ano, dependiendo de dónde se localice la infección. Estas tres afecciones bacterianas suelen atacar el cuello uterino, que se inflama. Por este motivo el coito puede resultar muy desagradable y doloroso, y es posible que algunas tengan una pequeña hemorragia durante el coito o después debido a la presión ejercida sobre el cuello uterino irritado. En general se debe prestar atención a los sangrados vaginales de causa desconocida y, sobre todo, a las hemorragias que aparecen como consecuencia del sexo. Una explicación puede ser, por ejemplo, la menstruación o el uso de anticonceptivos hormonales, pero los sangrados inexplicables pueden deberse a ITS u otras enfermedades, de modo que hay que consultar al médico.

Sin embargo, no todo el mundo presenta síntomas. De hecho, solo la mitad de los hombres y un tercio de las mujeres muestran síntomas de padecer clamidia^[211]. Tampoco es habitual presentar síntomas de micoplasma, y algunas personas tampoco tienen síntomas de gonorrea. Entonces ¿por qué preocuparse de algo que ni siquiera

se nota? En primer lugar, porque las enfermedades bacterianas son muy contagiosas. El riesgo de contraer una infección por clamidia en un coito sin protección es del 20 por ciento^[212]. En segundo lugar, porque existe el peligro de sufrir lesiones permanentes.

Si las bacterias tienen la posibilidad, pueden ascender por el cuello uterino y acabar en el útero y las trompas de Falopio. Allí pueden ocasionar una inflamación. Es lo que se denomina «enfermedad inflamatoria pélvica», que puede estar causada tanto por la clamidia como por el micoplasma^{[33-2][213]} y la gonorrea. Se ha estimado que, debido a una infección por clamidia sin tratar, el 10-15 por ciento desarrollará enfermedad inflamatoria pélvica aguda^[214]. El peligro reside en que la inflamación deje cicatrices en las trompas de Falopio, de modo que queden obstruidas. Es una causa común de las dificultades para tener hijos y, además, puede provocar dolores crónicos.

Si contraes la enfermedad inflamatoria pélvica, es normal que sientas molestias y malestar. A menudo se experimentan dolores fuertes en la parte inferior del abdomen, hemorragias vaginales, fiebre y un flujo más abundante. Los dolores no suelen remitir ni mejorar, sino que aumentan. Por lo tanto, debes tomarte en serio esas molestias y acudir al médico cuanto antes, preferiblemente de urgencia.

También es posible que la enfermedad inflamatoria pélvica no produzca síntomas, por lo que tal vez no se descubra hasta años después de haberla contraído, cuando se realice un estudio de infertilidad^[215].

Por consiguiente, este es otro motivo para hacerse exámenes regulares cuando se cambia de pareja sexual.

La clamidia, el micoplasma y la gonorrea pueden tratarse con antibióticos, puesto que son enfermedades bacterianas. Hoy por hoy, la mayoría de los que se contagian se recupera por completo sin lesiones permanentes, pero se observa una tendencia preocupante al desarrollo de resistencia a los antibióticos, sobre todo en el caso del micoplasma y la gonorrea. El desarrollo de resistencia significa que las bacterias se vuelven resistentes a algunos antibióticos, por lo que se precisan medicamentos más fuertes para combatirlos. Así pues, lo mejor es evitar el contagio utilizando preservativos desde el principio.

Hay unas ITS todavía más comunes que la clamidia: son las enfermedades víricas, como el herpes y el VPH, sigla de «virus del papiloma humano». Existen muchos tipos de VPH. Algunos ocasionan verrugas genitales; otros aumentan el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. El herpes labial es lo mismo que las calenturas y genera unas pequeñas llagas o ampollas en la piel.

El herpes y el VPH se transmiten mediante el contacto directo con la piel y las membranas mucosas. No sabemos con exactitud cuánta gente se infecta con cada uno de estos virus, pero ambos están muy extendidos y es habitual no darse cuenta de que se ha producido el contagio.

Como no necesariamente producen síntomas, muchos se contagian a través de una pareja que ignora que está infectada. Esto dificulta la protección contra el contagio. Tampoco se tiene la certeza de que el preservativo ofrezca la protección necesaria. Por ejemplo, si se tienen verrugas o herpes en la raíz del pene, cabe la posibilidad de infectar a la pareja a pesar del uso del condón, puesto que no cubre la zona infecciosa.

Es posible vacunarse contra el VPH, y muchas de las vacunas protegen no solo de los virus que causan verrugas genitales, sino también de los que pueden ocasionar cáncer de cuello uterino. Las verrugas genitales o condilomas pueden eliminarse por congelación, crioterapia o mediante la aplicación de otros fármacos. El tratamiento es idéntico al que recibes cuando contraes verrugas plantares en la ducha de la piscina pública. Las verrugas genitales no son peligrosas ni se asocian al riesgo de padecer cáncer. Los culpables de este son otros tipos de VPH.

Con frecuencia las infecciones por el VPH se curan solas. Lo mismo sucede con las verrugas, aunque a algunas mujeres les dan problemas porque reaparecen una y otra vez.

El herpes, por su parte, es un virus del que no puedes librarte. Cuando te contagias, se mantiene latente, en una especie de hibernación, en las células nerviosas durante el resto de tu vida. Puedes experimentar varios brotes. Hay un tratamiento a base de pastillas, con receta médica, que acorta los brotes. El herpes no es peligroso y las molestias disminuyen con el tiempo.

¿Cómo me protejo contra las infecciones de transmisión sexual?

El condón ofrece una buena protección contra el VIH, la clamidia, el micoplasma y la gonorrea. El VPH y el herpes, sin embargo, pueden transmitirse por contacto con la piel, de modo que las zonas no cubiertas por el preservativo pueden resultar infecciosas.

Cuando se practica sexo oral a mujeres, puede usarse una barrera de látex. Se trata de una fina lámina transparente de ese material que se coloca en la vulva. Impide, por ejemplo, el contagio de herpes de la boca a los genitales y de los genitales a la boca. Esta lámina no es especialmente práctica (y es casi imposible de adquirir), por lo que se usa poco. Si de todos modos quieres utilizarla, puedes confeccionar una cortando la punta de un condón, seccionando a continuación el cilindro y desplegándolo para conseguir un cuadrado transparente.

¿Cuándo debo hacerme pruebas?

Es conveniente que te hagas la prueba de la clamidia cada vez que tengas sexo sin protección con una nueva pareja, aunque no presentes síntomas. También es buena idea que tú y tu novio os la hagáis lo antes posible tras iniciar la relación. Puesto que se pueden padecer enfermedades venéreas durante mucho tiempo sin notarlas, ambos podríais tener clamidia sin saberlo. Si no hay síntomas, en la mayoría de los casos basta con una prueba rápida en la consulta del médico de cabecera o en un centro sanitario juvenil; se toma una muestra de orina o bien se saca una muestra vaginal o anal con un pequeño bastoncillo de algodón.

Si has tenido sexo anal sin protección, es posible que la infección no se descubra a menos que tomes una muestra anal. Así pues, pide una prueba anal.

Si presentas síntomas, tal vez necesites un examen ginecológico. Depende de tu médico. Es importante que te pongas en contacto con el médico si tienes escozor al orinar, picor, flujo alterado, erupciones cutáneas o ampollas, sangrados anormales u otras cosas que te parezcan inusuales.

No se realizan pruebas del herpes ni de VPH a menos que el paciente presente determinadas molestias.

Es importante tener en cuenta que la prueba para la detección de la infección por clamidia no se considera fiable hasta dos semanas después de un potencial contagio. Esto quiere decir que puedes fiarte de un resultado negativo si la prueba se ha efectuado transcurridas al menos dos semanas del encuentro sexual en cuestión. Por supuesto, puedes hacértela antes. Muchos reciben un resultado positivo antes de que hayan pasado dos semanas, lo cual es bueno, ya que así pueden empezar el tratamiento cuanto antes. Si recibes un resultado positivo antes de que hayan pasado dos semanas, puedes estar segura de que tienes clamidia. Si la respuesta del test preliminar es negativa, no puedes estar segura del resultado hasta que no te hagas una segunda prueba a las dos semanas, como mínimo, de la exposición a un posible contagio. La misma regla de las dos semanas se aplica a los test de micoplasma y gonorrea^[216].

Riesgo y sexo vacacional peligroso

Hemos hablado de una larga lista de enfermedades venéreas, aunque nos hemos centrado en las pruebas para detectar la clamidia. ¿Qué ocurre con las otras enfermedades? Algunas mujeres acuden al médico pidiendo que les realicen pruebas de todo, pero no es necesario hacerse todos los test cada vez. Debes decidir con tu médico qué pruebas debes realizarte según el riesgo de contagio de una ITS al que hayas estado expuesta.

Si eres una mujer heterosexual residente en Europa y solo tienes relaciones sexuales con hombres heterosexuales residentes en Europa, presentas un riesgo menor de contraer enfermedades graves como el VIH, la sífilis y la gonorrea que si

has tenido un montón de encuentros sexuales sin protección con profesionales del sexo durante unas vacaciones en Tailandia. Es evidente. Entre las personas heterosexuales, la clamidia es, sin ninguna duda, la enfermedad venérea más común, y normalmente basta con hacerse las pruebas correspondientes a esta enfermedad.

En cambio, si has tenido sexo sin protección durante unas vacaciones en el extranjero, es importante que se lo comuniques a tu médico. A menudo los médicos se olvidan de preguntar, por lo que no debes esperar a que tomen la iniciativa. Hazte un test aunque solo te hayas acostado con unos cuantos monísimos chicos suecos en una Full Moon Party. No tienes ni la menor idea de con quién se lo han montado, aparte de ti, en su viaje de mochileros. Sucede lo mismo si has tenido sexo con alguien que acaba de viajar a países con muchas enfermedades venéreas.

Si has vendido o comprado sexo, no cabe duda de que debes hacerte pruebas más extensas. Lo mismo ocurre si has consumido drogas inyectables o has mantenido relaciones sexuales con personas que las consumen.

En Noruega, el grupo de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)^[35-2] es el que padece un mayor número de enfermedades venéreas graves. Entre los HSH son mucho más comunes la gonorrea y la sífilis que entre la población heterosexual. Por lo tanto, es especialmente importante que se hagan las pruebas. Conviene recordar que esto también concierne a las mujeres que se acuestan con HSH. Si tu último rollete de una noche también mantiene relaciones sexuales con hombres, el riesgo de que contraigas una enfermedad es mayor que si solo tiene sexo con mujeres. Lo dicho sobre los HSH no pretende crear estigmas; se trata de pura estadística.

Puedes tener buena o mala suerte si te acuestas con mujeres, hombres o HSH. No está de más que te hagas las pruebas de las enfermedades más inusuales, pero si el riesgo no es muy elevado no es necesario que te las hagas cada vez. Hazte las pruebas con frecuencia, háztelas según el riesgo al que estés expuesta, y usa preservativos siempre que puedas.

El herpes: ¿está acabada tu vida sexual?

Lo de tener pequeñas ampollas dolorosas en los labios o los genitales no suena muy divertido. En cualquier caso, el herpes es más común de lo que piensas. Aparte de ser contagioso y molesto, resulta imposible protegerse de él, aunque por suerte es inofensivo. No obstante, al parecer es la enfermedad venérea más temida.

Muchos se asustan al saber que el herpes nunca desaparece. Una vez que te has infectado, el virus permanece en tu organismo durante el resto de tu vida. Esto da pie a muchas dudas. ¿Significa, por ejemplo, que siempre podrás contagiarlo y que nunca más podrás tener relaciones sexuales sin condón?

El herpes que aparece de repente en una relación de pareja también genera sospechas e inseguridades. ¿Quién ha infectado a quién? ¿Tu novio, con el que llevas tres años, te ha sido infiel?

Abundan los mitos relacionados con el herpes. Las ideas erróneas. Suele causar angustia tanto en los contagiados como en quienes temen infectarse.

El herpes es una enfermedad vírica que afecta a la piel y a las membranas mucosas. Sus responsables son dos virus un poco distintos: el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2). El virus del herpes se transmite por contacto con la piel o una vía mucosa, por ejemplo, a través de los besos o del sexo. También puede haber un contagio indirecto. El ejemplo clásico es el de la niña que en la guardería se infecta al chupar el mismo dinosaurio de plástico que los otros niños. Es probable que más de la mitad de la población se infectara con el VHS-1 en los labios durante la infancia^[211-1].

No conocemos el número total de infectados por el herpes, porque no existe ningún registro. Pero, por una vez, es casi correcto decir que todo el mundo lo tiene, al contrario que cuando querías convencer a tu padre de que te comprara la GameBoy con el argumento de que todos los demás la tenían. Se estima que el 70 por ciento de la población está infectada por el VHS-1, y el 40 por ciento, por el VHS-2. Puedes estar infectada por ambos tipos o solo por uno. Además, es posible que una proporción incluso mayor de la población tenga herpes. Muchos de los infectados no lo saben, puesto que no todos presentan molestias.

Párate un momento a pensar en estas cifras. Resulta que es más común estar infectado que no estarlo. Sin embargo, muchos ven el herpes como el fin del mundo. ¡No es que más del 70 por ciento de la población de Noruega haya destrozado su vida y no pueda volver a tener sexo!



Pero espera un poco. El herpes labial y el genital son dos enfermedades diferentes, ¿no? Entonces ¿por qué hablamos de ellos como si fueran lo mismo? Una enfermedad de transmisión sexual es algo distinto de una calentura, ¿o...?

En realidad, el herpes es lo mismo lo tengas donde lo tengas. Antes se creía que el VHS-1 se relacionaba más con el herpes oral, y el VHS-2 con el genital. Sin embargo, el VHS-1 puede aparecer en los genitales y el VHS-2 en los labios, según dónde se produzca el contagio. El herpes también puede aparecer alrededor del ano, en los dedos o (si tienes muy mala suerte) en el ojo. En general, el VHS-1 que afecta a los genitales presenta menos síntomas, y más leves, que el VHS-2^[211-2].

Visto así, el herpes genital también puede ser una calentura, y el herpes oral, una ITS. Es posible que el contagio se transmita de los genitales a los labios, y todavía es más posible que se produzca a la inversa. De hecho, la mayoría de las jóvenes que contraen herpes genital en la actualidad se contagian del VHS-1 a través de los labios de su pareja durante el sexo oral. Esto le ocurre al 80 por ciento^[211-3].

Dado que tantas personas tienen herpes sin saberlo, en la práctica esto significa que muchas jóvenes son contagiadas por una pareja que, en principio, no sabe que lo tiene. ¿Cómo hay que protegerse?

Una vez producido el contagio, el virus puede manifestarse al cabo de un par de días, aunque también es posible que la infección no se note. Después del contagio, un ejército de virus del herpes partirá de la zona dérmica donde se produjo el contagio para trasladarse por los nervios. Se acostarán en el interior de una célula nerviosa situada en lo más profundo del organismo, como un oso preparado para hibernar. Permanecerán ahí el resto de tu vida. De vez en cuando algún virus se desplazará por los nervios para aparecer de nuevo en tu piel. Entonces pueden producirse nuevos brotes, que se manifiestan como pequeñas ampollas en el mismo lugar donde se formaron la última vez. También puedes experimentar episodios ocultos, es decir, que

haya un virus en la superficie de la piel sin que lo notes. Un oso invisible que despierta de la hibernación.

Los episodios visibles del herpes empiezan con malestar en forma de sensación de hormigueo y ardor en la piel del área genital o en los labios. A continuación aparecen pequeñas ampollas pegadas las unas a las otras, como un racimo. Al cabo de unos días estas vesículas se secan y forman costras que al final se caen.

El primer brote suele ser el peor. Se denomina «primera infección o primoinfección herpética». Algunos se ponen muy enfermos. Pueden presentar fiebre y problemas para orinar debido a un intenso escozor en los genitales. Como siempre, debes acudir al médico si presentas síntomas fuertes sin saber bien a qué se deben. La primera infección durará más que los episodios posteriores. Pueden salir nuevas vesículas durante una o dos semanas. Las costras desaparecerán por completo tres o cuatro semanas más tarde^[211-4]. Si experimentas una primera infección muy intensa, tal vez te ayude pensar que el próximo brote no será tan malo, en caso de que tengas más. Resulta que muchas personas no tienen más brotes que el primero.

Si se producen nuevos brotes, se manifestarán siempre en el mismo lugar que la primera infección. En general el número de episodios se reduce con los años. No existe ninguna medicina que elimine el herpes, pero hay unas pastillas que puedes tomar para moderar y acortar el episodio cuando notes que está al caer. Para los casos especialmente molestos, con varios episodios al año, existe un tratamiento mitigador que puede aplicarse durante períodos más largos.

En general los nuevos brotes aparecen cuando el sistema inmunitario se encuentra debilitado. El herpes labial se denomina popularmente «calentura». Sale cuando estás enferma, por ejemplo con un resfriado. También el estrés, la menstruación o el sol pueden desencadenar nuevos brotes. Lo mismo ocurre con las irritaciones cutáneas, por ejemplo al usar ropa interior que te roce, al hacerte la cera o al depilarte con cuchilla.

A diferencia de lo que sucede con el VPH, contra el que existe una vacuna, no disponemos de ninguna contra el herpes, pero en realidad tampoco la necesitamos. El herpes funciona como una especie de vacuna contra sí mismo. Si te has infectado de herpes en una ocasión, por ejemplo de niña, ya no podrás infectarte con el mismo virus en otra parte del cuerpo. El virus activa el sistema inmunitario, que de este modo siempre reconocerá el virus e impedirá que se asiente en otras células nerviosas. Por lo tanto, solo te infectarás en un lugar por cada virus. Si tienes infectada la boca, estás protegida contra una infección en la vagina, y viceversa.

Pero, como ya sabes, existen dos tipos de virus del herpes. Si estás infectada por el VHS-1, no estarás protegida contra el VHS-2. En teoría, puedes padecer herpes en dos sitios si te infectas con los dos virus del herpes. No obstante, tienes un cierto grado de protección cruzada. Las personas que se infectan con el segundo virus con frecuencia no muestran síntomas o los presentan en un grado muy leve^[211-5].

Puesto que el herpes funciona en cierto modo como una vacuna, no puedes contagiarte a ti misma. Si tienes herpes genital, el virus no se extenderá a otras partes del cuerpo. Pero ¡ten cuidado! Esto solo ocurre una vez que se ha activado el sistema inmunitario. Este tarda cierto tiempo en reconocer al herpes y, por consiguiente, es posible que te contagies a ti misma en el primer episodio de uno de los tipos de herpes. Debes ser muy cuidadosa, sobre todo con el lavado de las manos y la higiene, en el primer brote. No te frotes los ojos con el virus en los dedos. ¡No lo hagas bajo ningún concepto!

Aunque no puedas contagiarte a ti misma una vez pasado el primer episodio, puedes contagiar a los demás. La pregunta sobre el herpes que nos plantean más a menudo es: ¿cuándo puedo contagiar? Es natural que si tienes un herpes genital temas transmitírselo a otros; ¿cómo sabrás que no hay peligro? ¿El tratamiento con pastillas puede prevenir el contagio o hay momentos en los que debes evitar las relaciones sexuales?

Para transmitir el virus mediante el contacto con la piel o las mucosas, debe haber un virus en la superficie de la piel o las mucosas. Puesto que el herpes por lo general hiberna en las células nerviosas, en lo más profundo del organismo, no suele ser contagioso. El virus tiene que haberse trasladado a la piel a través de los nervios para que puedas transmitírselo a los demás. Es lo que ocurre cuando tienes un brote. El mayor peligro de contagio se produce durante el brote y una semana antes de este, momento este en que el virus se acumula en la piel. Las vesículas están llenas de virus. Sería conveniente que evitaras el sexo cuando sientas que se acerca un brote, lo que suele suceder varios días antes de la aparición de las vesículas. No obstante, está claro que en ocasiones resulta difícil prever con certeza un brote con una semana de antelación.

Y encima están los brotes ocultos. El virus puede aparecer en la piel sin que notes nada y sin que aparezcan vesículas. No obstante, puedes contagiar a los demás. Esto significa que normalmente no transmitirás el virus, pero que puedes hacerlo en cualquier momento. Nunca se sabe con seguridad cuándo existe riesgo de contagio. No hay períodos seguros. Quizá pienses: «Esto es un auténtico desastre». O sea, es imposible tener la certeza de que no se vaya a contagiar a los demás, y probablemente por eso resulta tan duro saber que se tiene la infección, pero piensa un poco.

Pongamos que tienes el VHS-1 en los bajos y deseas acostarte por primera vez con alguien. Existe un 70 por ciento de probabilidad de que esa persona ya esté infectada por el virus y, por lo tanto, protegida del nuevo contagio sin saberlo. Hasta aquí el riesgo ya se ha reducido de forma significativa. Si además ha tenido una calentura en la boca, puedes estar casi del todo segura de que no la contagiarás, puesto que por lo general el herpes labial se debe al VHS-1. Si tu pareja está infectada por VHS-1, está protegida y no podrás contagiarla.

Otra forma de verlo es que la mayoría se infecta antes o después de todos modos. Si no les contagias tú, lo hará otra persona. El herpes es inofensivo y muchos de los

que contraen la infección jamás notan ninguna molestia.

Para terminar, tenemos que hablar un poco de un problema espinoso relacionado con el herpes: el herpes en la pareja. Supongamos que ni tu novia o novio ni tú habéis tenido nunca episodios de herpes, ni orales ni genitales. Lleváis tres años de relación y estáis de maravilla. Entonces sucede. Sufres un intenso brote de vesículas en los genitales y piensas lo peor. No has estado con nadie más, de modo que debe de ser tu pareja quien se ha acostado con alguien, ¿no?

Como ya has visto, cabe la posibilidad de que tuvieras herpes sin saberlo. No siempre se experimenta un brote con vesículas en el momento de la infección. Es probable que hayas tenido herpes durante mucho tiempo sin padecer brotes visibles. También es muy posible que tu pareja haya sufrido un episodio oculto y te haya contagiado. Es decir, ¡no tiene por qué haberte puesto los cuernos! El herpes es común y no todo el mundo sabe que lo tiene. Hemos visto relaciones que se han ido al garete a causa de acusaciones infundadas de infidelidad a partir de brotes de herpes. Por supuesto, es posible que haya casos de infidelidad, pero el herpes no constituye ninguna prueba. Si no tienes otros motivos para dudar de tu pareja, el herpes no debe ser el que siembre la duda.

Es estupendo que la gente sea responsable para no contagiar enfermedades venéreas a sus parejas. Si se hubiese tratado de la clamidia, habríamos aplaudido con entusiasmo, pero cuando se trata del herpes, generalmente solo sentimos tristeza. La gente no tiene por qué temer las relaciones sexuales a causa del herpes. El herpes no es el VIH, aunque ambos sean virus de los que no puedes librarte. El herpes es inofensivo. Estar infectada por herpes genital no es el fin del mundo. Serás una de muchas. Una de una gran mayoría. Es muy probable que no te cause grandes molestias. Y si tienes molestias es muy probable que disminuyan. Y si eres una de las pocas desafortunadas que presentan muchos episodios, existen tratamientos.

Picor intenso y olor a pescado podrido: algunas molestias genitales con las que seguramente te encontrarás

Algo se cuece entre tus piernas. Es rojo, huele raro o te pica tanto que no te deja dormir por las noches. Las infecciones por hongos y la vaginosis bacteriana son afecciones genitales muy comunes que no se deben a infecciones de transmisión sexual. La mayoría de las mujeres sufren una u otra, o ambas, en algún momento de su vida. Son inofensivas, aunque pueden resultar increíblemente molestas. Como es probable que tarde o temprano te topes con estos problemas genitales, merece la pena que sepas un poco más sobre ellos.

Microorganismos como las bacterias y los hongos suelen suscitar asociaciones negativas y el deseo de conseguir jabón o un espray desinfectante. ¿Quién no ha oído hablar de la velocidad con que se multiplican las bacterias en un trapo de cocina o no ha visto cómo se extienden los hongos en la pared de un sótano húmedo? Es escalofriante, pero no todos los microorganismos son nocivos.

Algunas bacterias son necesarias para que podamos vivir, por ejemplo las intestinales, que nos ayudan con la digestión. De hecho, tenemos en el cuerpo casi diez veces más bacterias que células, y eso no quiere decir que estemos enfermos.

La membrana mucosa de la vulva está cubierta de microorganismos que forman lo que conocemos como «flora normal». La flora normal contribuye a mantener sana la vagina, y para conseguirlo apoya al aparato inmunitario en su lucha contra los microorganismos ajenos y mantiene el equilibrio del ecosistema vaginal. Como tal vez recuerdes, la vagina se limpia a sí misma, y el uso de jabón y, sobre todo, las lavativas eliminan la protección natural de los genitales.

La flora normal de la vagina varía según la fase de la vida en que te encuentres. Antes de la pubertad y después de la menopausia, la forman principalmente bacterias de la piel e intestinales. Cuando estás en edad fértil, el cuerpo se encuentra bajo el efecto de los estrógenos. El estrógeno engrosa y activa las membranas mucosas y crea en los genitales una flora normal especial, que se distingue de la de otras partes del cuerpo.

La mayor parte de la flora normal de las mujeres fértiles se compone de diferentes tipos de lactobacilos que dependen del estrógeno para alimentarse y vivir. Los lactobacilos producen un ácido que recuerda al que contiene el yogur. El ácido láctico origina un pH bajo en la vagina, aproximadamente de 4,5. El pH bajo crea un hábitat hostil para las bacterias patógenas, que no se encuentran a gusto en un entorno ácido. Además, hay otros pocos tipos de bacterias, algunos hongos y algunos virus^[211-6]. Todos los microorganismos luchan por los mismos alimentos y un lugar que colonizar y, puesto que hay tantos, ninguno ganará ventaja. Los diferentes microorganismos se

mantienen en jaque entre sí y contra el sistema inmunitario. Los bajos son vulnerables a las enfermedades cuando la flora normal se desequilibra.

Infecciones vaginales por hongos

Empecemos con las infecciones fúngicas. Alrededor del 20 por ciento de las mujeres padece de un tipo de levadura denominado *Candida albicans*, que forma parte de la flora normal vaginal^[217]. Es un hongo común en el ano, de donde puede trasladarse a la vagina, sobre todo si tiene buenas posibilidades de crecer ahí. Hasta el 50 por ciento de las embarazadas tienen este hongo en la vagina^[218]. Es posible que se deba a que a la *Candida albicans* le chifla el estrógeno y en el embarazo el cuerpo produce más estrógenos de lo habitual. La *Candida albicans* es la causa de la gran mayoría de las infecciones por hongos.

Espera un poco. Levadura... ¿no es eso lo que llevan los bollos y el pan? ¡Casi! No es exactamente el mismo tipo de levadura que encuentras en el pan de molde, pero se parece. De hecho, en noviembre del 2015 una mujer con infección por hongos usó una levadura de la vagina para elaborar masa fermentada y causó sensación en internet^[219]. El truco consistió en extraerse un poco de flujo con la ayuda de un consolador. La masa creció y la mujer horneó un pan que luego se comió. Según ella, sabía «de puta madre».

Si te cuentas entre ese 20 por ciento que siempre tiene hongos en la vagina, eso no quiere decir que tengas una infección por hongos. Las infecciones por hongos implican una inflamación en la membrana mucosa genital. En otras palabras, cuando la tengas lo notarás.

La infección por hongos puede afectar tanto al interior de la vagina como a los labios genitales internos. El picor puede ser intenso y algunas experimentan también escozor y quemazón en los bajos. Asimismo puede ocasionar dolores en las relaciones sexuales o producir escozor cuando haces pis. La membrana mucosa infectada enrojece y se inflama. Algunas presentan un flujo blanquecino y grumoso que puede describirse como parecido al requesón, mientras que otras tienen un flujo muy líquido.

Cuando tienen una infección vaginal por hongos, algunas observan que su pareja muestra síntomas en el pene, en forma de picor y escozor. No obstante, queremos recalcar que los hongos no son una infección de transmisión sexual. Puedes mantener relaciones sexuales aunque los tengas y aunque te apliques un tratamiento antifúngico. Las molestias que experimenta el hombre no suelen requerir un tratamiento específico. Se le pasarán en cuanto tú te libres de los hongos.

Puesto que los hongos son tan comunes, en las farmacias venden buenos tratamientos sin receta. Los hay de muchos tipos y todos tienen el mismo efecto beneficioso. Puedes elegir entre cremas, supositorios vaginales y pastillas de

administración oral. Si usas supositorios, llamados «óvulos vaginales», debes introducirlos en la vagina antes de acostarte para que surtan efecto a lo largo de la noche. Si no, el supositorio tiende a disolverse y se escurre a la braguita rápidamente. En cuanto a la crema, debes aplicar una capa fina en los labios menores, desde el clítoris hasta el ano. Con la regla es mejor evitar los óvulos vaginales, no porque entrañen algún peligro, sino porque la sangre puede arrastrar el medicamento fuera de la vagina, llevárselo por delante, por decirlo de alguna forma.

Al haber tratamientos que no precisan receta, es más fácil que las mujeres se diagnostiquen y traten a sí mismas cuando presentan síntomas que les recuerdan las infecciones fúngicas.

¡El problema es que no todos los picores están causados por hongos! Si te pican los bajos, solo hay un 50 por ciento de probabilidades de que se trate de una infección fúngica^[217-1]. Hay diversas afecciones de los bajos que se parecen. Por eso recomendamos encarecidamente a las mujeres que acudan al médico en cuanto presenten síntomas. Los picores y los cambios en el flujo son síntomas poco definidos que pueden aparecer por cualquier otro motivo, por ejemplo en las enfermedades de transmisión sexual como la clamidia y la gonorrea, y conviene detectarlas cuanto antes. También son habituales los eczemas y la irritación genital, que surgen como una reacción a los restos de detergente en la ropa interior o al uso de jabones o toallitas íntimas perfumadas.

Al parecer, a las mujeres se les da fatal distinguir los hongos de otras afecciones de los bajos, aunque los hayan padecido con anterioridad. Solo en uno de cada tres casos diagnostican correctamente la infección fúngica^[220]. Si estas mujeres se compran un fármaco sin receta en lugar de ir al médico, se llevan a cabo muchos tratamientos erróneos que no contribuyen a eliminar las molestias. Por otro lado, el uso innecesario de antimicóticos puede retrasar el descubrimiento del problema real y originar molestias añadidas. De hecho, el consumo excesivo de medicamentos antifúngicos puede ocasionar una irritación en las membranas mucosas que recuerde a una infección por hongos. En otras palabras, no es mala idea que acudas al médico para cerciorarte de que en efecto se trata de hongos, por lo menos la primera ocasión que experimentes molestias o si los síntomas regresan una y otra vez.

Una vez diagnosticada la infección por hongos, es importante que realices el tratamiento siguiendo las recomendaciones médicas o farmacéuticas. Aunque desaparezcan las molestias, debes concluirlo. Continúa con la crema al menos dos días después de la desaparición de los síntomas, pues de lo contrario es fácil que los hongos vuelvan. Si interrumpes el tratamiento antes de tiempo, te arriesgas a que persistan pequeñas cantidades de hongos, de modo que reaparezca la infección.

Las infecciones fúngicas son comunes. Sabemos que hasta tres de cada cuatro mujeres las experimentan a lo largo de su vida, pero ¿por qué? No es fácil saberlo. Conocemos una serie de factores que predisponen a las infecciones por hongos. Sabemos que muchas mujeres las padecen después de usar antibióticos o si se lavan

demasiado los bajos. El jabón y los antibióticos contribuyen a eliminar la flora bacteriana que mantiene sanos los genitales. Sabemos que el estrógeno también tiene algo que ver. Antes de la pubertad y después de la menopausia las mujeres rara vez presentan problemas de hongos genitales, ya que sus bajos no están afectados por las hormonas sexuales en la misma medida que en la edad fértil. Las embarazadas, por su parte, pueden tener molestias frecuentes. Es sabido que por lo general los hongos aparecen en determinados momentos del ciclo menstrual. La infección fúngica suele aparecer antes de la menstruación, a diferencia de la vaginosis bacteriana, a la que volveremos en breve.

Las diabéticas son especialmente propensas, sobre todo aquellas con un mal control de la glucosa en sangre. Se ha observado que es más frecuente después del estreno sexual y que aquellas que mantienen relaciones sexuales varias veces al mes están algo más expuestas.

Algunas mujeres tienen molestias permanentes por infecciones fúngicas que nunca cesan. Esto puede resultar muy limitador. Del 3 al 5 por ciento de las mujeres sufren más de cuatro infecciones fúngicas al año^[217-2]. Si tienes muchas molestias, es importante que hables con el médico, pues es posible que necesites un examen más detenido y un tratamiento más potente que el que se vende sin receta.

Lamentablemente, no se ha encontrado ningún método efectivo para prevenir los hongos. No obstante, proliferan los remedios caseros, tanto en internet como en la consulta del médico. Un consejo habitual consiste en proporcionar a la vagina lactobacilos de yogur, bien en forma de pastillas o consumiendo productos lácteos fermentados como los yogures líquidos. Sin embargo, esta clase de tratamiento no ha demostrado tener efecto alguno, por lo que bien podría ser tirar el dinero, a menos que te encanten los yogures^[221].

Por lo demás, el consejo general es minimizar el grado de humedad en los bajos, puesto que los hongos se sienten muy a gusto con la humedad y el calor. Así pues, evita la ropa interior sintética y los pantalones demasiado ajustados, y usa salvaslips solo cuando sea estrictamente necesario. Ponte ropa interior de algodón, que transpira mejor, y duerme desnuda para que los bajos se aireen bien. Nada de esto tiene un efecto científico demostrado, pero merece la pena que lo pruebes si tienes muchas molestias. Al fin y al cabo, es gratis y no tiene efectos secundarios.

Vaginosis bacteriana

Pasamos a otra afección genital muy común, la vaginosis bacteriana (VB). Quizá hayas oído describir los genitales femeninos como algo relacionado con el pescado. ¿Con un cóctel de gambas, tal vez, o con un taco de pescado? La verdad es que unos bajos sanos no deben oler a pescado. Sin embargo, a veces huelen a eso debido a la VB.

La VB se debe a un desequilibrio en la flora vaginal normal. Se reducen los lactobacilos protectores y aumentan otros tipos de bacterias que ocasionan problemas en el ecosistema. Los lactobacilos mantienen la acidez de la vagina, y la acidez es buena. En la VB, la vagina adquiere una acidez algo menor; es decir, se vuelve más alcalina. Por lo tanto, si presentas problemas en los bajos, el pH es una de las cosas que el médico medirá para averiguar si tienes VB.

La VB no está causada por un tipo determinado de bacterias, sino por un auténtico cóctel de bacterias. Algunas habitan normalmente en la vagina u otros lugares del organismo como parte de la flora normal. El problema es que se han mudado o que han proliferado demasiado.

La mayoría de los expertos creen que solo las mujeres que han mantenido relaciones sexuales contraen VB y que el riesgo de padecerla aumenta con el número de parejas sexuales y se reduce con el uso del condón. Esto se aplica tanto a las mujeres que tienen sexo con mujeres como a las que tienen sexo con hombres. Cuantas más parejas, más VB^[217-3]. Por lo tanto, es probable que algunas bacterias procedan de la pareja sexual, aunque esto no significa que la VB se considere una infección de transmisión sexual. Recuerda que la VB está causada por muchos tipos de bacterias. No estamos hablando de una bacteria contagiosa y dañina, como la clamidia. Piensa más bien que has mezclado tu flora normal con la de otras personas que tienen una composición de bacterias algo diferente de la tuya. Muchos cocineros estropean el caldo o, en este caso, lo desequilibran.

Las mujeres que no tienen varias parejas sexuales también pueden contraer la VB, pero deben haber mantenido relaciones sexuales. La VB se considera inofensiva y, por lo tanto, no hay motivos para que protejas a tu pareja habitual del contagio con un preservativo o para que te abstengas del sexo durante el tratamiento. Sin embargo, si tienes más de una pareja, vale la pena que uses el condón, más por el peligro de contagio de infecciones de transmisión sexual que por la VB.

Además del característico olor a pescado podrido, las mujeres con VB tienen un flujo más abundante de lo habitual. Muchas describen un flujo grisáceo muy líquido y la necesidad de cambiarse de braguitas varias veces al día. El olor puede ser tan intenso que traspase la ropa.

Muchas mujeres notan el olor a pescado de forma esporádica o un empeoramiento de este después del coito vaginal o bien durante o tras la menstruación. ¿Quiere esto decir que la regla y el sexo provocan la VB? No, pero la menstruación y el semen pueden empeorar los síntomas si la tienes.

Resulta que el olor se intensifica a medida que los bajos se vuelven más alcalinos. Es decir, empeora cuantos menos lactobacilos tengas o si se aporta algo alcalino a la vagina. Tanto la sangre como el semen tienen una composición más alcalina que el hábitat de la vagina; por lo tanto, aumentarán el olor a pescado. Si notas este olor después de la regla o de un encuentro sexual, puede indicar que tienes una VB sin síntomas acentuados, que se activa cuando el ecosistema se vuelve menos ácido.

Esto te sonará, pues ya hemos dicho que pasa lo mismo con los hongos: es posible que no reconozcas una VB por los síntomas. Las mujeres con VB suelen experimentar picor y otros síntomas que pueden recordar a los de las infecciones fúngicas. Los cambios en el flujo son un síntoma habitual de varias infecciones de transmisión sexual, y recuerda que, además, ¡es posible tener varias cosas a la vez! Siempre es difícil distinguir las afecciones de los bajos. Moraleja: si notas cambios en ellos, acude al médico para que te examine. ¿Cambios en el flujo, picor o escozor? Ve al médico.

La VB no implica que los genitales estén sucios, aunque muchos lo crean por el mal olor. Si intentas eliminarlo lavándote, empeorarás la situación, pues retirarás las bacterias beneficiosas que mantienen la acidez de la vagina. La VB puede desaparecer por sí sola, pero lo mejor es realizar un tratamiento médico. Puesto que es de origen bacteriano, los antibióticos son la clave. Para la VB también se venden las cápsulas vaginales con lactobacilos, que ayudarán al ecosistema vaginal. Por desgracia, ninguna investigación ha demostrado que este tratamiento tenga algún efecto.

Cuando duele al hacer pis

Por algún motivo hay quienes describen las infecciones urinarias como «orinar alambre de espino». La infección urinaria es una mierda y, como mujer, estás especialmente expuesta a sufrirla.

La culpa la tiene la uretra, que es corta. Y el hecho de que el vecino más próximo a su abertura sea el ano. Las bacterias del ano funcionan mejor si se quedan en el lugar al que pertenecen, pero es difícil ponerles límites. Trepan con facilidad por el orificio de la uretra y siguen subiendo hasta colocarse en las membranas mucosas del interior de la uretra y la vejiga. Entonces provocan una infección.

La infección urinaria se nota por el dolor al orinar. Escuece, quema y parece que saliera un alambre de espinos. Duele, sobre todo, con las últimas gotas, cuando la vejiga se vacía y se juntan las paredes. Además, aunque sentirás ganas de ir al baño a menudo, solo harás un poco de pis cada vez. Es posible que la orina huela raro o que contenga algo de sangre.

La gran mayoría de las infecciones urinarias en mujeres jóvenes —hasta un 95 por ciento— no presentan complicaciones^[222]. Es decir, se consideran muy poco peligrosas y requieren un tratamiento sencillo o ninguno. Antes se trataban todas con antibióticos porque se temía que se extendieran por el sistema renal y ocasionaran una infección urinaria alta o pielonefritis; luego se vio que no era necesario. La mayor parte de las infecciones urinarias desaparecen por sí solas, sin antibióticos, si se les da unos días y algún analgésico si fuese preciso.

Evidentemente, debes estar atenta a las complicaciones. Si tienes fiebre y dolores más fuertes, sobre todo si invaden la espalda, debes acudir al médico cuanto antes o, mejor aún, a urgencias. Podría ser una señal de que las bacterias han ocasionado una pielonefritis y, en el peor de los casos, podrías acabar con un riñón deteriorado.

Las infecciones urinarias deben tomarse en serio en caso de embarazo. Entonces se consideran complicadas automáticamente y se prescriben unos antibióticos especiales. Asimismo se consideran un signo de complicación las infecciones urinarias frecuentes. Si te ocurre eso, será necesario examinar más detenidamente las bacterias implicadas y es posible que el médico quiera averiguar si padeces alguna enfermedad subyacente que provoque que las contraigas con una mayor facilidad. Dicho esto, algunas mujeres sufren infecciones urinarias una y otra vez, sin que se sepa por qué. Se sospecha que tienen un sistema inmunitario distinto en las membranas mucosas de las vías urinarias, de modo que a las bacterias les resulta más fácil asentarse.

Muchas buscan como locas métodos para evitar las infecciones urinarias. El arándano rojo, en zumo o pastillas, es un remedio casero que se ha usado durante siglos. Contiene una sustancia que al parecer impide que las bacterias se asienten en

las membranas mucosas de la vejiga. Sin embargo, una gran revisión sistemática del reconocido Centro Cochrane indica que los arándanos rojos carecen de efecto preventivo^[223]. De todas formas, si te gusta el zumo de arándanos rojos, nada te impide probar. No tiene efectos secundarios. Otros consejos son: beber agua en abundancia para limpiar las cañerías, vaciar la vejiga en cuanto tengas ganas de hacer pis y limpiarte de delante hacia atrás después de hacer caca.

Sí sabemos que el sexo aumenta el riesgo de contraer infecciones urinarias. Durante las relaciones sexuales suele haber mucha humedad en los bajos, de modo que las bacterias pueden trasladarse con mayor facilidad, y la fricción y los golpes entre los genitales pueden facilitar que se cuelen por el agujero que no deben. Sabemos que en las mujeres menores de 30 años el riesgo de contraer una infección urinaria es 60 veces mayor de lo habitual durante las 48 horas siguientes a un coito^[222-1].

Seguramente habrás oído hablar del remedio «haz pis después del sexo; así se reduce el riesgo de acabar con un escozor molesto». Es un consejo estupendo. Cuando haces pis después del sexo, las posibles bacterias intestinales que hayan terminado en la uretra por despiste se eliminan antes de que puedan invadir la membrana mucosa y ocasionar problemas.

Una infección urinaria corriente no es una infección de transmisión sexual, aunque tenga que ver con el sexo; se trata tan solo de bacterias del culete que se han metido donde no deben. No obstante, la clamidia, la gonorrea y el micoplasma también provocan escozor al orinar. Por lo tanto, debes estar atenta, porque el comportamiento de estas bacterias es distinto. Las transmitidas en las relaciones sexuales se encuentran muy a gusto en la uretra, pero no en la vejiga, lugar adonde se trasladan las intestinales. Con las infecciones de transmisión sexual no se experimenta el típico dolor con las últimas gotas de pis. También es menos común tener tantas ganas de orinar. Sin embargo, no es fácil que notes la diferencia. Una infección urinaria puede parecerse a la clamidia, y la clamidia puede parecerse a una infección urinaria. Si tienes muy mala suerte, puedes padecer ambas al mismo tiempo.

Gota, gota, gota: todo sobre las pérdidas de orina

No mola nada comprar paquetes grandes de compresas en el súper cuando eres una joven de 19 años y medio sin hijos, pero las ancianas y las que han parido muchas veces no son las únicas con pérdidas de orina. En terminología médica, las pérdidas de orina se denominan «incontinencia urinaria» y son un problema femenino frecuente.

La edad y los partos constituyen, junto con un índice de masa corporal (IMC) alto, los principales factores de riesgo para padecer pérdidas de orina; o sea, es una molestia que se incrementa con los años. Seguramente por eso muchas piensan que es inusual experimentarlas antes del primer parto. Sin embargo, afectan a mujeres de todas las edades.

Es difícil determinar cuántas sufren pérdidas de orina. Las cifras de los estudios divergen, y se cree que menos de la mitad de las mujeres con incontinencia urinaria acuden al médico, lo que significaría que hay una gran cantidad de casos sin registrar^[224]. Un estudio descubrió que el 30 por ciento tenía problemas de pérdidas de orina^[225], mientras que en otro estudio con mujeres que habían dado a luz tres meses antes se observó que las presentaban el 20-30 por ciento^[226]. Otros estudios han encontrado tasas que van del 10 al 60 por ciento según la gravedad de las pérdidas^[225-1].

Sobre las jóvenes sin hijos sabemos todavía menos y las cifras que se manejan varían mucho. Un estudio con mujeres australianas de 16 a 30 años que no habían tenido hijos descubrió que hasta un 12,6 por ciento experimentaba pérdidas de orina^[227]. Los resultados de un estudio sueco fueron distintos: alrededor del 3 por ciento de las mujeres de 20-29 años sufrían incontinencia urinaria^[228].

Independientemente de cuál de los estudios mencionados se acerque más a la realidad, puede afirmarse con certeza que las pérdidas de orina no son infrecuentes entre las jóvenes sin hijos.

Se distinguen tres tipos de incontinencia urinaria: la de esfuerzo, la de urgencia y un tipo mixto que combina ambas. La incontinencia de esfuerzo es la más habitual y afecta alrededor del 50 por ciento de las mujeres que padecen pérdidas de orina^[225-2]. Se produce cuando se experimenta un aumento de la presión abdominal, por ejemplo, al toser o estornudar, al reír, saltar, correr o algo similar. En comparación con la incontinencia de urgencia, las pérdidas son pequeñas, pero el grado de gravedad varía enormemente. Puede haber diferencias en la frecuencia con que se experimentan pérdidas y en la cantidad de estas.

La incontinencia de urgencia se asocia a la necesidad, a las ganas. Se siente una repentina necesidad de orinar en ese preciso momento, seguida de una pérdida de orina abundante. Un 10-15 por ciento de las afectadas de incontinencia solo presenta

incontinencia de urgencia^[229]. Muchas de ellas tienen una vejiga hiperactiva, es decir, sienten a menudo una urgente necesidad de orinar sin que necesariamente se produzcan pérdidas. Las mujeres con vejiga hiperactiva orinan más a menudo que otras mujeres y con frecuencia tienen que levantarse a orinar por la noche^[229-1].

Entre el 35 y el 50 por ciento de las mujeres con incontinencia presenta el tipo mixto, es decir, tanto incontinencia de esfuerzo como de urgencia. Unas veces tienen pérdidas al saltar o estornudar; en otras ocasiones experimentan una urgente necesidad de ir al baño y tienen pérdidas de orina más abundantes.

Las pérdidas de orina pueden deberse a varias causas. Si bebes más agua de la que necesitas, sería buena idea que redujeras su consumo. Muchos creen que beber mucha agua es sano, pero no necesitas más de unos dos litros al día, a menos que hagas mucho ejercicio o vivas en un clima muy cálido. Una parte de esa agua te la proporciona la comida. Por lo general no es necesario beber más de 1,5-2 litros al día. También sería buena idea reducir el consumo de bebidas diuréticas, como el café y el té.

En ocasiones las pérdidas de orina pueden ser un síntoma de otras enfermedades. A veces se producen cuando hay una infección urinaria, y algunas enfermedades neurológicas también pueden ocasionarlas. Por lo tanto, sería buena idea que hablaras con tu médico si no identificas el motivo por el que han podido aparecer, como sería un parto o el hecho de que de repente hayas empezado a beber cinco litros de agua al día. El médico puede orientarte y ayudarte a buscar una solución.

Las pérdidas de orina no tienen por qué significar que estés condenada a llevar faldas y pantalones negros para disimularlas o a abstenerte de correr y de reír el resto de tu vida. Por suerte, puedes hacer algo. Lo primero que se intenta para acabar con las pérdidas requiere dedicación personal. En numerosos casos la incontinencia de esfuerzo se debe a que la musculatura del suelo pélvico es demasiado débil, por ejemplo, porque quedó afectada después de un parto. Los músculos del suelo pélvico son los que usamos, entre otras cosas, para retener el pis o contraer la vagina. Si se ejercitan, puede resultar más fácil evitar las pérdidas involuntarias cuando aumente la presión en el abdomen. Existen muchas maneras de entrenar la musculatura del suelo pélvico, pero consisten básicamente en tensar los músculos de los bajos a intervalos, del mismo modo que ejercitas otros músculos en el gimnasio. Muchas reciben la ayuda del médico de cabecera o de un fisioterapeuta. Hay programas de entrenamiento especiales que puedes usar, entre ellos unas apps creadas para fortalecer el suelo pélvico. También puedes probar las bolas chinas o cosas similares. El objetivo de las bolas chinas es usar la musculatura pélvica para mantenerlas en su sitio tanto tiempo como se pueda. Hagas los ejercicios que hagas, es de esperar que con el tiempo se te fortalezca el suelo pélvico y experimentes menos pérdidas de orina.

El fortalecimiento del suelo pélvico también tendrá un efecto en las que sufren sobre todo incontinencia de urgencia, aunque todavía será más importante el

entrenamiento de la vejiga. En la incontinencia de urgencia, el problema no se localiza en los músculos pélvicos, sino en otro lugar. El músculo de la vejiga se contrae cuando no debe, de manera incontrolable. Por este motivo las pérdidas son abundantes en la incontinencia de urgencia. El entrenamiento de la vejiga consiste en aprender a orinar con menos frecuencia. El objetivo es seguir un horario, en lugar de obedecer a la necesidad. Puedes empezar estableciendo que harás pis cada hora, por ejemplo. Si tienes ganas de ir al baño antes, te aguantas. Poco a poco aumentarás el intervalo de tiempo: podrás hacer pis cada dos horas, cada tres horas, cada cuatro horas, etc. Con el tiempo esto suele ayudar con la incontinencia de urgencia.

En algunos casos de incontinencia se recurre al tratamiento médico o a la cirugía. En algunas mujeres, una sencilla intervención que se realiza de manera ambulatoria propiciará un cambio importante, mientras que a otras les bastarán los ejercicios para obtener resultados. La mejor solución para ti dependerá de tus preferencias y de la gravedad del problema.

Hemorroides y colgajos cutáneos perianales

Si echas un vistazo a tu ano, enseguida verás que está arrugado. Por algo hay quienes lo llaman «el nudo del globo». Las arrugas aparecen porque los esfínteres contraen el agujero. Debe ser capaz de dilatarse mucho, y el diámetro extra se oculta como en una especie de falda plisada. En general los pliegues se distribuyen de manera regular alrededor del orificio y así le proporcionan una superficie relativamente lisa. Por lo tanto, el espanto puede ser mayúsculo cuando de repente descubres que algo nuevo y extraño te cuelga del ojete. Sentirás que el colgajo recién aparecido pide a gritos que centres toda tu atención en un agujero cuya existencia muchas mujeres intentan olvidar. Hay una gran probabilidad de que se trate de un colgajo cutáneo perianal o de una hemorroide, afecciones inofensivas.

Las hemorroides constituyen un problema sorprendentemente común tanto entre los hombres como entre las mujeres. De hecho, en torno a una tercera parte de las personas adultas las tienen, sin que por ello sean un tema de conversación habitual en la mesa durante la cena^[230]. Se localizan tanto en el interior del ano como en el exterior, a su alrededor. Nos centraremos en estas últimas; en cualquier caso, una hemorroide es una hemorroide.

Una hemorroide es una variz en el ano y se presenta como una dilatación amoratada con forma de globo. Casi siempre podrás volver a colocarla en su sitio, al contrario que los colgajos cutáneos. Sin embargo, saldrá de nuevo la próxima vez que hagas de vientre o te sientes en cuclillas. A menudo produce picor y puede ser sensible. A veces la única molestia que causa es la aparición de sangre fresca en el papel higiénico cuando te limpias el trasero. Se debe a que una hemorroide es un vaso sanguíneo extraviado. Normalmente las venas que rodean el ano se mantienen en su sitio en el tejido conectivo y las membranas mucosas, de modo que no las vemos. Con la edad, estas estructuras de apoyo se debilitan y entonces el aumento de la presión pélvica —por ejemplo, cuando se realizan grandes esfuerzos en el cuarto de baño o se aumenta de peso, o bien durante el embarazo y el parto— provoca que una pequeña parte de un vaso sanguíneo se salga de su sitio, como cuando se dobla una manguera de jardín. Esta protuberancia experimenta con facilidad una presión alrededor de la raíz, de modo que la sangre se acumula creando un pequeño globo. Es a este globo a lo que llamamos «hemorroide».

Las hemorroides alrededor del ano no son peligrosas, pero pueden ser muy molestas. A las venas no les gusta que las manipulen de esa manera, por lo que es posible que aparezca una inflamación alrededor de la hemorroide. En ese caso puede haber secreciones, así como dolores y picores, de modo que el simple hecho de estar sentada, por no hablar de hacer de vientre, resulte de lo más incómodo. Algunas también sangran en mayor o menor cuantía.

Por suerte, el alivio es posible. Lo más importante es algo tan banal como tener unos buenos hábitos en el baño. Bebe suficiente agua para que las heces se mantengan blandas y ve al baño solo cuando sientas una necesidad imperiosa, pues así no tendrás que apretar. Te recomendamos que dejes el periódico en la mesa de la cocina. Si pasas mucho rato sentada en el váter, la presión alrededor de la hemorroide aumenta y las molestias pueden empeorar. Con frecuencia los buenos hábitos en el baño bastan para que las hemorroides remitan por sí solas. También es buena idea devolver la hemorroide a su posición con los dedos cuando se sale, para que tenga ocasión de encontrar su sitio. Tal vez te resulte extraño eso de introducirte un dedo en el culote, pero, si te sirve de consuelo, los médicos se lo hacen a diario a un montón de desconocidos.

En la farmacia puedes adquirir cremas antihemorroidales, que suelen funcionar. Si no dan resultado, hay otras buenas opciones de tratamiento, como la cirugía, sobre las cuales el médico podrá asesorarte. Como tal vez ya sepas, ¡el médico está acostumbrado a hacerlo!

Si lo que asoma por el ano no es una hemorroide, probablemente se trate de un colgajo cutáneo perianal, es decir, un pliegue cutáneo algo mayor, que a veces aparece después de que una hemorroide haya colapsado. Cuando una hemorroide se abre camino, puede ocasionar el desprendimiento de algunos pliegues cutáneos situados alrededor del ano. Una vez que la hemorroide remite, los pliegues se unen en un pliegue de mayor tamaño que puede sobresalir un poco. Uno o dos colgajos cutáneos rara vez causan grandes molestias, aunque pueden provocar un picor pasajero y supurar si se irritan por el roce de los tangas, la defecación frecuente o cosas similares, y en algunos casos dificultan la limpieza del ano.

No obstante, hay quienes los consideran estéticamente desagradables. Es posible eliminarlos mediante una intervención quirúrgica, pero conviene que te lo pienses muy bien, puesto que la cirugía siempre entraña un riesgo de complicaciones. Además, ten en cuenta que la extirpación resultará dolorosa. Tendrás una herida quirúrgica en medio del ojete, y las ganas de defecar, por desgracia, no esperarán porque estés recién operada. Te aconsejamos que te relajes y dejes los colgajos en paz a menos que te causen muchas molestias.

El cáncer de cuello uterino y cómo evitarlo

El cuello uterino, o cérvix, es la puerta situada entre el útero y la vagina. Lo notarás en la parte superior de la vagina como un tapón de consistencia parecida a la de la punta de la nariz, con un minúsculo agujero en el centro. Se trata del estrecho túnel por el que se trasladan los espermatozoides para subir al útero. La regla sale por ahí. Cuando vas a dar a luz, el cérvix se dilata para dejar paso a un bebé entero. Pues bien, es ahí donde puede desarrollarse el cáncer de cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino es único en el ámbito del cáncer. Ya en el siglo XIX se descubrió que no se comportaba como otros tipos de cáncer. Era mucho más común entre las prostitutas que entre las mujeres casadas, y prácticamente inexistente entre las monjas. ¿Podría tratarse de un castigo divino a las mujeres promiscuas?

Hoy en día sabemos que Dios y sus castigos poco tienen que ver. ¡El cáncer de cuello uterino se debe a una enfermedad vírica que se transmite por vía sexual! Ya hemos mencionado el virus en cuestión al hablar de las infecciones de transmisión sexual; se trata del virus del papiloma humano (VPH).

El VPH es una gran familia de virus, muchos de los cuales provocan la aparición de verrugas en los seres humanos. La mayoría son del todo inofensivos; por ejemplo, las verrugas comunes están causadas por un tipo de este virus. Algunos tipos de VPH se encuentran más a gusto en los genitales. Se transmiten mediante el contacto sexual y la gran mayoría de la gente sexualmente activa se infecta con uno o varios tipos a lo largo de su vida. Más del 80 por ciento ha contraído el virus antes de cumplir los 50 años. Por lo tanto, el VPH se considera la enfermedad venérea más común, y casi la mitad de los jóvenes de 20 a 24 años son portadores de una infección en todo momento^[231].

En general, no hay razones para preocuparse. Al contrario de lo que ocurre con la infección herpética, normalmente el cuerpo es capaz de deshacerse del virus, igual que de un resfriado. Lo sabemos porque las mujeres examinadas durante un período de tiempo a causa del VPH a menudo cambian de tipo de virus. Eso indica que las infecciones son breves y que las mujeres se infectan de nuevos tipos del virus al cambiar de pareja.

No obstante, determinados tipos del VPH se distinguen de los demás porque pueden provocar una infección duradera en el cuello uterino. Se denominan «virus de alto riesgo» y los más comunes son los tipos 16 y 18. Con el tiempo, y si se tiene mala suerte, la infección puede llevar al desarrollo de un cáncer. Únicamente el tipo 16 es responsable de más de la mitad de los casos de cáncer de cuello uterino, y también puede causar cáncer de orofaringe (boca y garganta), de vagina, vulva y ano. No obstante, hace falta más de una infección. La infección por el VPH 16 es muy común, pero muy pocas acaban con cáncer. Es decir, hay otros factores decisivos para

su desarrollo, por ejemplo, vulnerabilidades individuales o factores ambientales como el tabaco.

En otras palabras: casi todas las que desarrollan cáncer de cuello uterino tienen una infección causada por el VPH, pero muy pocas infectadas por dicho virus desarrollan el cáncer.

El largo camino del sexo al cáncer

Afortunadamente, el cáncer no se desarrolla de la noche a la mañana. En primer lugar, el virus ocasionará cambios celulares, denominados «displasia» en terminología médica, en el cuello uterino. Es decir, las células presentarán pequeños defectos y anomalías que les impedirán comportarse de manera normal. Al principio se diferenciarán poco de las otras, pero, si el sistema inmunitario las deja en paz, es posible que empiecen a distinguirse de la manada. Con el tiempo las células defectuosas pueden sufrir alteraciones muy importantes, hasta el punto de ser irreconocibles, y comenzar a crecer en sitios que no les corresponden. En ese momento se han convertido en células cancerosas.

En la mayoría de los casos, transcurren como mínimo 10-15 años desde los primeros cambios celulares inocentes hasta el completo desarrollo del cáncer de cuello uterino. Mientras tanto, es de suponer que se pasa por varias fases de cambios celulares. En cada una, las células pueden cambiar de idea o ser eliminadas por el sistema inmunitario.

Hay que detectar lo antes posible esos cambios celulares, que podrían ser las fases iniciales del cáncer. Con revisiones regulares y citologías vaginales cada tres años, esas alteraciones pueden detectarse y erradicarse a tiempo, antes de que constituyan un peligro. Así se previene de manera eficaz el cáncer de cuello uterino.

Los cambios celulares y el cáncer de cuello uterino rara vez producen síntomas o indicios de enfermedad hasta una fase avanzada. De ahí la importancia de los exámenes ginecológicos regulares. Los síntomas del cáncer de cuello uterino incluyen trastornos menstruales, como sangrados entre menstruaciones o relacionados con el sexo. Algunas mujeres experimentan dolores genitales o molestias en la parte inferior del abdomen durante el sexo o en su vida diaria. Otras pueden notar que el flujo adquiere mal olor y contiene rastros de sangre.

En definitiva, se trata de síntomas muy poco específicos, que coinciden con los de una larga serie de afecciones genitales comunes y menos peligrosas. Si presentas alguno de estos síntomas, sin duda debes acudir al médico para que te examine, pero no tienes por qué preocuparte por el cáncer. Lo más probable es que se trate de una enfermedad venérea, algún efecto secundario de los anticonceptivos o un dolor ocasionado por las relaciones sexuales; aun así, es importante que te examine un médico.

#Examínate

¿Vas a cumplir 25 años? Entonces debes de haber recibido una invitación del Registro del Cáncer para que te realices una citología de cérvix^[50-1]. Si hay una invitación que debes aceptar, es esa. Las mujeres que se efectúan citologías de manera regular reducen un 70 por ciento el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino a lo largo de la vida. ¡Es un seguro de vida baratísimo!

Aun así, casi la mitad de las mujeres noruegas de 25 a 34 años tiran la carta a la basura. La participación en las revisiones se ha reducido del 71 al 57 por ciento en esa franja de edad. Son las jóvenes las que dejan de hacerse los exámenes, aunque estén más expuestas que antes. Este fenómeno tiene consecuencias negativas. En Noruega el número de casos de cáncer de cuello uterino es más alto que nunca. Según el Registro del Cáncer, han aumentado un 30 por ciento entre las menores de 40 años. Esto se debe a que son menos las que acuden a las revisiones ginecológicas y a que hay más infectadas por el VPH, el virus que origina el cáncer.

En definitiva, la citología es una solución sencilla para prevenir el cáncer de cuello uterino. Se recomienda hacerse una citología cada año.

No debes realizarte la citología cuando tengas la regla y es preferible que no hayas mantenido relaciones sexuales vaginales en los dos días anteriores. La prueba solo lleva un par de minutos. El médico dilata la vagina usando una especie de instrumento con forma de embudo, denominado «espéculo», echa un vistazo al cuello uterino y obtiene una muestra con un pequeño cepillo. Al frotar ligeramente el cuello uterino con el cepillo, se desprenden algunas células, que luego se examinan al microscopio en un laboratorio. Si las células extraídas muestran anomalías, el médico te lo comunicará en el transcurso de unas semanas. Si todo está dentro de la normalidad, no suele enviarse ninguna notificación.

Los cambios celulares no implican que tengas cáncer

Tras la citología es posible que recibas un informe desagradable, y en parte incomprensible, del médico. Tienes cambios celulares, pero ¿qué diablos quiere decir eso?

Una queja constante entre las mujeres con que nos encontramos es que se sienten frustradas y preocupadas por la falta de información médica que reciben sobre el proceso relacionado con los cambios celulares del cuello uterino. La mayoría de las jóvenes que presentan cambios celulares se sienten sanas y jamás se les habría pasado por la cabeza que pudiesen tener cáncer. Por lo tanto, el informe médico provoca una gran conmoción mucho mayor de lo que suponen los profesionales sanitarios.

Muchas creen que van a morir de cáncer por haber recibido un informe de que tienen cambios celulares. Queremos dejar claro que es muy común que las jóvenes

sexualmente activas presenten ligeros cambios celulares en el cérvix. Cualquier infección por los VPH, incluidos los de bajo riesgo, puede causar alteraciones. Por este motivo no se examina a mujeres menores de 25 años en Noruega: muchísimas de ellas se preocuparían sin necesidad y recibirían tratamientos superfluos sin que mejorase la capacidad de detectar nuevos casos de cáncer.

En la gran mayoría de los casos, los cambios celulares del cuello uterino desaparecerán por sí solos sin ningún tratamiento. Es lo que suele pasar con casi todos los virus. ¡El sistema inmunitario del organismo realiza una magnífica labor arreglando las cosas! Tu médico lo sabe y por eso no se muestra preocupado mientras tú solo piensas en el CÁNCER.

Para tranquilizarte más aún: cada año, 25 000 noruegas presentan células anómalas en la citología, y de ellas tan solo 3000 acaban necesitando tratamiento por encontrarse en fases iniciales cancerosas graves. Un número aún menor, unas 300, desarrollarán cáncer de cuello uterino.

Pero volvamos al informe médico. ¿Qué ha ocurrido desde que te hiciste la citología? Las células que te rasparon del cérvix se enviaron a un laboratorio. Un médico las coloreó y las observó al microscopio para ver si presentaban rasgos atípicos. Dependiendo de lo extraño que resulte el aspecto de las células y de su cantidad, los cambios se clasifican de leves a moderados y de alto grado. Incluso los cambios graves pueden desaparecer por sí solos. Sin embargo, es importante hacer un seguimiento de cualquier cambio anormal.

Además de observar las células, el laboratorio puede realizar una prueba del VPH en la muestra. La clasificación de los cambios y el resultado de la prueba del VPH determinarán lo que ocurra después:

La citología muestra cambios dudosos o de bajo grado. Es suficiente con que vuelvas al médico entre seis meses y un año después para hacerte una prueba de control. Transcurrido ese tiempo, lo más habitual es que las células atípicas se hayan restituido por sí solas tras el ataque del virus o que el sistema inmunitario las haya eliminado. Si los cambios han desaparecido y la prueba del VPH es negativa, estás igual de sana que antes y no necesitas realizarte otra citología hasta que tu ginecólogo te diga. Si la prueba de control sigue mostrando cambios celulares y la prueba del VPH es positiva, te remitirán a realizar exámenes más exhaustivos, como describimos a continuación.

La citología muestra cambios de alto grado o graves. El ginecólogo hará dos cosas: en primer lugar, observará el cérvix con un aparato binocular especial mientras estás en una silla ginecológica. Esta prueba se denomina «colposcopia» y se efectúa para ver si hay cambios en la mucosa. A continuación el ginecólogo extraerá una muestra de tejido (biopsia) del cuello uterino y la enviará a un especialista —un anatomopatólogo— para que la examine con el microscopio. Mientras que con la citología solo se raspan algunas células de la superficie de la membrana mucosa, con la biopsia se extrae un fragmento pequeño de tejido para examinar si existen células

anormales en el interior de la membrana mucosa. Es decir, se estudia toda la arquitectura de la mucosa.

Aunque por lo general aplican anestesia local en el cuello uterino, tras la biopsia experimentarás dolor. Por lo tanto, sería buena idea que tomaras un ibuprofeno antes del examen. Además, después suele producirse una pequeña hemorragia, por lo que la mayoría debe usar una compresa (¡tampón no!) el resto del día.

Cuando el anatomopatólogo examina la biopsia con el microscopio, los resultados se clasifican de nuevo en fases, de cambios leves a moderados y graves. Ninguna de estas fases es cáncer todavía. Hasta que las células enfermas invadan los tejidos profundos de la membrana mucosa, no hablaremos de cáncer de cuello uterino.

Si la colposcopia y la biopsia son normales o solo muestran cambios ligeros, puedes relajarte. No obstante, deberás realizarte otra citología y prueba del VPH antes de 12 meses para comprobar que todo va bien. En nueve de cada diez casos, los cambios habrán desaparecido o se habrán mantenido estables, sin ninguna complicación^{[50-2][232]}.

Si alguna de las pruebas confirma la presencia de cambios precancerosos de moderados a graves, por lo general hay que acudir al hospital para una pequeña intervención quirúrgica denominada «conización». Se elimina la parte exterior del cuello uterino, normalmente por asa diatérmica. En el pasado los médicos realizaban la conización con bisturí y la parte eliminada parecía un cono, un cucurucho de helado invertido, lo que explica el nombre de la operación. En la actualidad el fragmento de tejido eliminado se parece más bien a una rosquilla plana.

La conización suele realizarse con anestesia local, si bien en ocasiones se aplica una anestesia general suave. Aunque es una intervención sencilla, no se lleva a cabo a menos que resulte indispensable. Se ha comprobado que las mujeres conizadas presentan un leve aumento del riesgo de parto prematuro y de aborto espontáneo.

Tras la conización, la gran mayoría, en torno al 90 por ciento, se recupera por completo. Para una mayor seguridad, se comprueba que todo vaya bien con una nueva citología y una prueba del VPH a los seis meses y entre doce y dieciocho meses después de la intervención.

Si los cambios celulares han desaparecido por sí mismos o se han eliminado por conización, no tienes que preocuparte por el cáncer de cuello uterino. Es como el juego de la oca, ¡vuelves a la casilla de inicio!

No obstante, es importante recordar que puedes volver a infectarte con el VPH, por lo que sería buena idea que te vacunaras contra el VPH. Ahora hablamos de eso. Además, deberás realizarte revisiones con citología anuales durante el resto de tu vida. Por lo demás, debes procurar relajarte.

Una vacuna contra el cáncer

Hemos hablado mucho sobre cómo actuar ante las infecciones por el VPH y los cambios celulares, pero ¡imagínate que pudiésemos evitar la infección del virus cancerígeno desde el principio! De hecho, es posible. Hace unos años se habría considerado ciencia ficción, pero en la actualidad disponemos de una vacuna capaz de prevenir el cáncer. Es un milagro médico.

Como ya hemos explicado, existen más de cien tipos de VPH, de los que solo unos pocos son cancerígenos. Hay vacunas contra el VPH que protegen contra los tipos más peligrosos, el 16 y el 18. Estos virus de alto riesgo causan el 70 por ciento de los casos de cáncer de cuello uterino. Al vacunarte contra estos dos virus, te proteges casi al cien por cien de la infección y, por consiguiente, de los cambios celulares y del cáncer de cuello uterino causados por ellos. Recientemente se ha aprobado una nueva vacuna contra el VPH que protege contra nueve tipos del virus. Puede prevenir el 90 por ciento de los casos de cáncer de cuello uterino.

La vacuna Gardasil también protege contra el VPH 6 y 11, que provocan verrugas genitales. Algunos estudios muestran que Cervarix ofrece asimismo una protección parcial contra las verrugas genitales. Es importante saber que no existe ninguna relación entre las verrugas genitales y el cáncer de cuello uterino, pero de todos modos es mejor no tenerlas. Sin la vacuna, el 10 por ciento de la población tendría verrugas genitales, alrededor del 10 por ciento de las mujeres deberían recibir tratamiento por cambios celulares graves y un 1 por ciento desarrollaría cáncer de cuello uterino en el transcurso de la vida.

La vacuna contra el VPH forma parte del programa de vacunación infantil. Se ofrece la posibilidad de vacunarse gratis a todas las chicas que cursan séptimo, es decir, de 11 o 12 años.

La vacuna no es un medicamento, pero impide que el virus se asiente en el organismo y provoque una infección. Estimula al sistema inmunitario para que reconozca al virus y elabore una estrategia para destruirlo de manera rápida y eficaz si llegase a aparecer. Si padeces una infección por VPH de tipo 16 o 18, la vacuna no eliminará el virus. Por este motivo se administra a adolescentes: se desea protegerlas antes de que empiecen a mantener relaciones sexuales y puedan contraer los virus.

La vacuna está aprobada para chicas y chicos de 9 a 26 años y ha mostrado ser efectiva hasta los 45. Esto es así por dos motivos. En primer lugar, solo una minoría está infectada tanto por el VPH 16 como por el 18. La vacuna tiene un efecto preventivo en quienes no han sido infectados por dichos tipos. En segundo lugar, la mayoría de las infecciones por VPH desaparecen por sí solas. Por desgracia, se ha demostrado que existe una escasa inmunidad natural contra el VPH. Esto significa que, aunque tengas una infección por el VPH, no estarás protegida contra una nueva transmisión por parte de otro compañero sexual. La vacuna contra el VPH puede contribuir a la protección contra nuevas infecciones.

Los chicos, de momento, no están incluidos en el programa de vacunación, pero el instituto nacional de salud pública de Noruega recomienda la vacuna contra el

VPH tanto a los chicos como a las chicas. El efecto sobre las verrugas genitales y sobre los cánceres de pene, ano, orofaringe y cavidad oral relacionados con VPH será igual de positivo en los hombres y en las mujeres. Se ha observado un aumento del cáncer de orofaringe y de cavidad oral en los hombres. Nos preguntamos si tal vez se debe a que se practica más el sexo oral, de modo que los hombres se infectan con el VPH por la boca. Sea como sea, la vacuna también impedirá la infección y el desarrollo de cáncer en estos casos. Será especialmente beneficiosa en los chicos homosexuales, puesto que no reciben una protección indirecta a través de las chicas, lo que suele denominarse «inmunidad de grupo».

Por cada pareja sexual que tienes, el riesgo de infección por VPH es aproximadamente de un 10 por ciento. Aunque ya te hayas infectado por uno o más tipos, es posible que no hayas contraído ni el 16 ni el 18. Si te vacunas, te proteges contra posibles contagios a través de nuevas parejas. Como ya hemos dicho, los estudios demuestran que la vacuna es efectiva en las mujeres hasta la edad de 45 años. Puesto que debes pagarla de tu bolsillo y cuesta más de 300 euros, hay que calcular los costes en relación con el riesgo de contagio que tengas. Dicho de una manera sencilla, el número de parejas sexuales que hayas tenido es importante. Cuantas menos hayas tenido, probablemente mayor será el efecto de la vacuna. También es importante el número de parejas sexuales que tengas en el futuro. Cuantas más sean, mayores serán el riesgo potencial de contagio y la utilidad de la vacuna. Por otro lado, las mujeres que reciben tratamiento por cambios celulares presentarán un riesgo menor de recurrencia si se vacunan contra el VPH.

La vacuna es segura y eficaz

En Noruega, una de cada cuatro chicas de séptimo curso declina la oferta de vacunarse contra el VPH^[233]. No sabemos por qué deciden pasar de la vacuna, pero por lo visto ha cundido el temor a los efectos secundarios. En España también ha habido polémica en torno a personas afectadas al presentar efectos adversos por las vacunas que intentan prevenir algunos de los virus del papiloma humano (VPH). Por otro lado, algunos padres piensan que pasará mucho tiempo antes de que su hija de doce años mantenga relaciones sexuales y que, por lo tanto, la vacuna resulta innecesaria. En Dinamarca los medios de comunicación han hablado mucho de los posibles efectos secundarios, lo que ha conducido a una drástica reducción del número de chicas vacunadas^[234]. Los medios de comunicación noruegos también han publicado historias aterradoras sobre la vacuna. No hay motivos para el miedo.

En Noruega se han administrado casi 500 000 dosis de la vacuna a 160 000 chicas. Entre estas, se han registrado 645 casos de posibles efectos secundarios, de los que el 92 por ciento se consideran poco graves: molestias pasajeras como inflamación y sensibilidad alrededor del pinchazo, fiebre, náuseas y diarrea.

Entre los escasos efectos secundarios graves registrados desde el 2009, 52 en total, se cuentan 10 casos de síndrome de fatiga crónica y 5 de síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS). El POTS conlleva un aumento del pulso al ponerse en pie, presión sanguínea inestable, cansancio y desmayos. La agencia encargada de la clasificación de medicamentos y el registro de los efectos secundarios, la Legemiddelverket, informa de que el número de casos no supera al esperado en esa franja de edad, con o sin vacuna^[235]. En otras palabras, no se cree que la vacuna sea la responsable de esos problemas.

Sin embargo, los mensajes sobre posibles efectos adversos graves siempre se toman muy en serio. Tras registrarse en Dinamarca numerosos casos de, entre otras cosas, POTS tras la administración de la vacuna, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) decidió realizar un control de seguridad. El resultado de la revisión se hizo público en noviembre del 2015. Se concluyó que no había datos que indicasen una relación causa-efecto entre la vacuna contra el VPH y la aparición de POTS y de síndrome de dolor regional complejo^[236]. Son enfermedades minoritarias, pero su incidencia no es mayor entre las chicas vacunadas que en el resto de la población. Tampoco se ha encontrado ninguna relación entre la vacuna y el síndrome de fatiga crónica.

Hasta ahora se ha vacunado a más de 180 millones de mujeres en todo el mundo, sin que se hayan descubierto problemas de seguridad con las vacunas. Sin embargo, con el uso de medicamentos y vacunas siempre existe la posibilidad de sufrir efectos secundarios, aunque se trata de molestias leves y pasajeras. El cáncer genital es de todo menos eso.

El aborto espontáneo: de facebook a la realidad

En el verano del 2015, Mark Zuckerberg, el creador de Facebook, compartió un *post* un tanto insólito con sus 33 millones de amigos en Facebook^[237]. Zuckerberg y su mujer, médica, comunicaban la feliz noticia de que esperaban a su primer retoño, una niña, y que por ella estaban dispuestos a hacer del mundo un lugar mejor. «Pues qué bien», piensas quizá, y clicas «Me gusta» sin darle más vueltas. Estos mensajes íntimos son el pan nuestro de cada día en Facebook, que se ha convertido en sinónimo de falsos elogios y construcción de puras fachadas.

Sin embargo, Zuckerberg no dejó la cosa ahí. Decidió contar el doloroso camino hasta el embarazo, una historia con final feliz y 1,6 millones de «Me gusta»; una historia sobre todo aquello de lo que no solemos hablar. La pareja había sufrido tres abortos espontáneos en su intento de ser padres. Tras cuatro embarazos lograron tener una hija.

El aborto espontáneo es un embarazo que se acaba de manera involuntaria antes de la semana veinte porque el óvulo deja de evolucionar o el embrión muere en el vientre. En general, el aborto provoca dolores y hemorragias. Dicho esto, las hemorragias no son inusuales durante la gestación. Alrededor de una de cada cuatro embarazadas las tiene en el primer trimestre, pero solo en uno de cada diez casos se trata de abortos espontáneos^[238]. De todos modos, si sangras durante el embarazo debes contactar con un médico para que te examine. El aborto espontáneo es la complicación más común en la fase inicial de gestación. Ocurre en aproximadamente uno de cada cinco embarazos clínicos, es decir, embarazos de los que la mujer es consciente^[239]. Además están los abortos espontáneos que se producen antes de que el embarazo pueda detectarse en un test. Estos embarazos suelen denominarse «embarazo químico». Si tenemos en cuenta los embarazos químicos, se supone que solo la mitad de los óvulos fecundados llevan a gestaciones viables^[240]. En otras palabras, el aborto espontáneo es tan frecuente como un embarazo que concluye con éxito.

Las pruebas de embarazo actuales son tan sensibles que pueden detectar que estás en estado muy pronto, aunque seguramente no sea muy buena idea aprovechar esta ventaja si deseas una respuesta positiva. Resulta que la gran mayoría de los abortos espontáneos tienen lugar en las primeras semanas después de la fecundación, hasta el momento de la menstruación prevista. Dado que por lo general estos embarazos iniciales acaban en abortos espontáneos, te ahorrarás grandes decepciones si te haces la prueba pasada la fecha en que calculas tener la regla. Si esperas dos semanas más, hasta la sexta semana de gestación, el riesgo de aborto espontáneo se habrá reducido al 10 o el 15 por ciento. En este caso, un test positivo significa que lo más probable es que seas madre dentro de ocho meses. Después de ocho semanas, el riesgo ha

disminuido al 3 por ciento. Pasado el límite de los tres meses, el riesgo se estabiliza en un nivel bajo, alrededor del 0,6 por ciento^[240-1]. Por cada semana que transcurra aumentará la posibilidad de que todo salga bien.

El temor a un aborto espontáneo es la causa por la que muchas embarazadas deciden esperar a estar de tres meses para comunicar la buena noticia a su entorno. Con este secretismo pretenden ante todo protegerse en caso de que algo salga mal. Ya es bastante desagradable perder a un hijo deseado para encima tener que llamar a amigos y familiares para desdecirse de la buena nueva. Es discutible que los tres meses sean un límite adecuado. Igualmente podría haberse establecido el límite un mes antes, en la semana ocho, si tanta necesidad hay de poner un plazo.

Por desgracia, el resultado del secretismo es que muchas parejas sienten que el aborto espontáneo es algo vergonzoso. Después de un aborto espontáneo no es extraño oír comentarios de este tipo: «Ya era raro que lo anunciaran tan pronto», como si el simple hecho de pronunciar las palabras pudiera quitarle la vida al embrión. Es absurdo. Zuckerberg lo describe como una experiencia solitaria: «La mayoría no habla de los abortos espontáneos porque temen que la gente se aparte de ellos o que se formen una imagen negativa sobre su persona..., como si fuesen defectuosos o hubiesen hecho algo para provocar el aborto. Debes apañártelas solo».

Zuckerberg no es el único que experimenta esos sentimientos. En un estudio publicado por la revista norteamericana *Obstetrics & Gynecology*, casi la mitad de las mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo declaró tener sentimiento de culpa o la sensación de haber hecho algo mal. Se sentían solas y avergonzadas^[241]. Es triste, sobre todo porque los remordimientos nacen de ideas falsas muy extendidas acerca de las causas de los abortos espontáneos. El mismo estudio norteamericano desveló que casi una cuarta parte consideraba que las opciones de estilo de vida, como el tabaco, el alcohol y las drogas, eran las causas más comunes de los abortos espontáneos. Asimismo, muchas opinaban que el cargar peso y el estrés podían provocarlos. En los foros de internet para madres se mencionan el consumo de café y los *jacuzzis* como otras posibles causas.

En realidad, el aborto espontáneo rara vez es consecuencia de errores cometidos por la madre (o por el padre). La causa más común son anomalías cromosómicas graves en el embrión, es decir, errores del código genético determinados ya en el momento de la concepción. Olvida las borracheras, la alimentación poco saludable o los cigarrillos fumados con los amigos antes de saber que estabas embarazada.

La fusión del material genético de la madre y del padre en la receta común de un ser humano único, que debe seguirse al pie de la letra, es increíblemente complicada. Cómo no van a producirse errores una y otra vez, sin motivo ni razón. El aborto espontáneo es el mecanismo de control del cuerpo y su manera de procurar que tengamos hijos sanos, con una buena vida. Un aborto involuntario puede ser muy doloroso, pero es una señal de que tu cuerpo vela por ti.

Eso sí, después de dos o tres abortos espontáneos seguidos, habría que estudiar si hay algo en la madre (o el padre) que los cause. En las pocas mujeres que experimentan abortos espontáneos repetidos, las causas van desde anomalías anatómicas y trastornos hormonales a enfermedades autoinmunitarias o trastornos de la sangre hereditarios. Son enfermedades de las que nadie puede culparte y que, con suerte, tienen tratamiento.

Por lo general los abortos espontáneos son cuestión de mala suerte, pero sabemos que unos pocos factores aumentan el riesgo. El más importante es la edad de la madre. En un estudio danés se encontró que el 25 por ciento de los embarazos en mujeres de 35 a 39 años acabaron en aborto espontáneo, lo que solo sucedió en un 12 por ciento de las que tenían entre 25 y 29^[242]. En las de 40, solo la mitad de las gestaciones acabaron en parto, entre otros motivos porque la calidad de los óvulos empeora de tal modo que el bebé es inviable debido a las anomalías cromosómicas y genéticas.

Todo el mundo sabe que el tabaco no tiene cabida en un embarazo. Debes dejar de fumar en cuanto sepas que estás en estado. Pero ¿qué ocurre hasta que te enteras? ¿Qué pasa con los cigarrillos que fumas con los amigos mientras sigues en la ignorancia? En la mayor revisión sistemática realizada hasta la fecha se encontró una clara relación entre el tabaco y el aborto espontáneo^[243]. Si se quedasen embarazadas cien no fumadoras y cien fumadoras, veinte del primer grupo tendrían un aborto espontáneo, en comparación con 26 del segundo^[51-1]. Se estima que alrededor de uno de cada diez abortos espontáneos se debe al tabaco^[244], pero al parecer hay que fumar bastante —más de diez cigarrillos al día— para que el riesgo aumente de forma significativa^[240-2]. Fumar un poco en situaciones sociales durante las primeras semanas no debería originar cargos de conciencia ni angustia.

Lo mismo sucede, hasta cierto punto, con el alcohol. Es sumamente perjudicial para el feto, pero no se sabe a partir de qué cantidad causa lesiones. No es fácil averiguar cuánto pueden beber las embarazadas sin perjudicar al embrión o sin que este muera. Sería muy poco ético pedir a un grupo de gestantes que bebieran para comprobar cuánto alcohol haría falta para provocar un aborto espontáneo o perjudicar al embrión. Puesto que desconocemos el límite, las autoridades sanitarias recomiendan la abstinencia total. Por si acaso.

Sin embargo, no todos están de acuerdo en que la abstinencia total sea lo único correcto, lo cual puede desconcertar a las embarazadas. Nina lo vivió en carne propia cuando se encontraba en estado y varios médicos le dijeron que estaba bien tomar una copa de vino tinto de vez en cuando. Emily Oster, economista de fama mundial, se hartó de los mensajes dobles y decidió estudiar detenidamente las investigaciones en que se basaban estas recomendaciones. En el libro *Expecting Better Why the Conventional Pregnancy Wisdom is Wrong and What you Really Need to Know* (publicado en 2013 y cuya traducción literal del título sería algo así como «Esperando algo mejor. Por qué el conocimiento convencional sobre el embarazo está mal y lo

que realmente necesitas saber»), sostiene que hay muy poco que respalde el consejo de las autoridades sobre la abstinencia total durante el embarazo^[245]. Según ella, las investigaciones muestran que no entraña el menor peligro consumir una o dos unidades de alcohol a la semana, es decir, una copa pequeña de vino o una caña de cerveza dos días a la semana. Estas cantidades no tienen efectos a largo plazo ni en la inteligencia ni en la conducta del niño. En su opinión, los consejos de las autoridades que defienden la abstinencia total se basan en la idea de que las mujeres no saben contenerse: empiezas aceptando una copa de vino el día de tu cumpleaños y al poco acabas bebiéndote una botella entera. Coincidimos con Oster en que se subestima la autodisciplina de las mujeres; la mayoría de nosotras somos capaces de no beber durante nueve meses. Si sientes curiosidad o tienes dudas, lee su libro a ver si te convence.

Sin embargo, probablemente no sea esa copa de vino tinto la que te preocupa cuando el test de embarazo da positivo. Muchas mujeres se ponen nerviosas en ese momento al pensar en una o dos fiestas étlicas de las semanas anteriores, en las que tomaron mucho más que un par de vasitos de alcohol. En un estudio poblacional danés del 2012 se descubrió que el riesgo de aborto espontáneo se multiplicaba por dos si durante los primeros tres meses del embarazo se bebían cuatro copas o más a la semana^[246]. En teoría, una borrachera en las semanas anteriores a una prueba de embarazo positiva podría provocar un aborto espontáneo, pero eso no significa que vaya a pasar. Y si ocurre, es imposible señalar que esa sea realmente la causa. El aborto espontáneo podría haberse producido de todas formas. ¡Piensa que es muy común!

En cuanto a los rumores que proliferan en internet: no, el cargar peso y el estrés no provocan abortos espontáneos. Y el consumo de café en cantidades normales, tampoco. Al parecer, habría que tomar diez tazas al día para que pudiese suponer un riesgo^[247]. La conocida esquiadora noruega Marit Bjørgen entrenó seis horas al día durante el embarazo, sin que ocurriese nada. Tampoco hay pruebas de que los suplementos vitamínicos o productos similares prevengan los abortos espontáneos^[248], aunque debes empezar a tomar folato, que es una vitamina B, en cuanto te enteres de que estás embarazada o, mejor aún, desde el momento en que intentes quedarte en estado, ya que previene las lesiones en el sistema nervioso del niño.

Mark Zuckerberg es uno de los que promueven el compartir en las redes sociales. A muchos les parecerá demasiado comprometedor hablar en público de esta clase de experiencias íntimas; sin embargo, Zuckerberg tenía un mensaje importante que transmitir. En efecto, hay que hablar abiertamente del aborto espontáneo para que se sepa que es algo común y que afecta a todo tipo de personas. No tiene nada de vergonzoso y por lo general no es culpa de nadie. Lo mejor es que la gran mayoría de las que experimentan un aborto espontáneo luego tienen hijos la mar de sanos.

La costumbre de los tres meses que hemos mencionado tenía por objeto proteger a las mujeres del dolor que ocasiona hablar de un aborto espontáneo, pero es posible que sea más dañina que útil. Contribuye a perpetuar las ideas falsas y el estigma, en vez de normalizar y propiciar la aceptación. En consecuencia, muchas parejas se sienten solas, con una vergüenza y un sentimiento de culpa injustificados, en el momento en que más necesitan el calor y el cariño de su entorno. Por lo tanto, ¡empecemos a hablar de ello!

El tiempo corre: ¿hasta cuándo puedes posponer la maternidad?

Resulta curioso observar que, cuando nos acercamos a los 30 años, hasta perfectos desconocidos se creen con el derecho de entrometerse en nuestra vida privada. «¡El tiempo corre, cariño! ¿No deberías ir pensando ya en tener hijos?». Les da igual que estés soltera, que acabes de encontrar una pareja estable o que tengas una relación amorosa intensa con tu trabajo. Preferirían que dejases todo lo que tienes entre manos para dedicarte de inmediato a la reproducción.

Pensar en tener hijos, sí. Muchas piensan y piensan, pero no por eso los tienen. Si te apetece ser madre, algo que de ninguna manera es una obligación, hay varios posibles obstáculos. El principal y más evidente es encontrar a una persona con la que quieras tener hijos y que, además, esté preparada para tenerlos contigo. Es extraño, pero muchos hombres salen por patas cuando, después de la segunda copa, esa tía tan mona del bar empieza a hablar, con ojos brillantes, de carritos de bebé y chalets adosados.

Por desgracia, no podemos ayudarte a encontrar al padre de tus sueños, pero sí estamos en condiciones de ofrecerte artillería pesada contra las tías pelmas que te dan la vara sobre los bebés. O una dosis de tranquilidad si empiezas a sentirte estresada. Porque, aunque a menudo los 30 años se presentan como un límite mágico, dista de ser así.

Empecemos con algunos datos. En torno al 75 por ciento de las parejas que intentan quedarse en estado lo consiguen pasados seis meses. Antes de que haya transcurrido un año, entre el 85 y el 90 por ciento han logrado el embarazo^[249]. La infertilidad se define como la ausencia de embarazo después de un año de sexo regular sin protección. Por lo tanto, afecta alrededor del 10-15 por ciento de las parejas. Sin embargo, eso no quiere decir que sea demasiado tarde. De las parejas etiquetadas de «infértiles», la mitad se queda en estado de modo natural en el transcurso del segundo año de intentos. En realidad, quizá se les debería calificar de «subfértiles». Es decir, tienen dificultades para engendrar, pero lo consiguen si lo intentan el tiempo suficiente. En conjunto, hasta el 95 por ciento de las parejas heterosexuales logran tener hijos mediante solo el coito si disponen del tiempo suficiente.

Luego está el asunto de la edad. La edad media de las madres primerizas ha aumentado poco a poco a medida que las mujeres han accedido al mercado laboral. En el 2014 la edad media a la que las mujeres de Oslo tenían su primer hijo era de 30,8 años^[250]. Las mujeres quieren, en mucha mayor medida que antes, retrasar la maternidad, bien porque estudian durante más tiempo, bien porque desean construirse una carrera. Por otro lado, la comunidad médica alza la voz. Muestran datos que

indican una reducción espectacular de la fertilidad al aumentar la edad y nos piden que nos lo pensemos bien antes de posponer los intentos de embarazo. Existen buenas razones para este consejo, entre otras, que el riesgo de complicaciones en el embarazo y de deformaciones en los hijos se incrementa cuando la madre es mayor. Volveremos a ello después. La cuestión es si exageramos las dificultades para procrear cuando tenemos los 30 a la vuelta de la esquina.

En varios estudios recientes se ha investigado a mujeres sanas y su probabilidad de quedarse en estado. Aunque el número de embarazos espontáneos se reduzca con la edad, las cifras son menos espectaculares de lo que suele darse a entender. En un estudio se siguió a 782 parejas que intentaban tener un hijo^[251]. Las mujeres de 19 a 26 años eran claramente las más fértiles —el 92 por ciento se quedaron embarazadas en un año—; luego la tendencia era decreciente. Sin embargo, no se encontraron grandes diferencias en la fertilidad respecto a las mujeres de entre 27 y 34 años, de las que el 86 por ciento se quedaron embarazadas en un año entre finales de los 20 y principios de los 30. Esto les ocurrió al 82 por ciento de las mujeres de 35 a 39 años. Otros estudios muestran cifras similares. En un estudio danés con 3.000 mujeres, el 72 por ciento de las que tenían entre 35 y 40 años se quedaron embarazadas en un año, lo que consiguió el 78 por ciento de las que además intentaron que el coito coincidiera con la ovulación. Las cifras para las mujeres de entre 30 y 34 años eran del 87 por ciento^[252].

¿Qué lectura podemos hacer de estos datos? Si todas las chicas intentasen quedarse embarazadas al acabar el bachillerato, una de diez tendría problemas. Veinte años más tarde, este número se habría elevado a dos o tres de cada diez. No obstante, ¡lo positivo es que la mayoría consigue quedarse en estado hasta bien entrada la treintena! Si buscamos un límite a partir del cual la edad empieza a tener un efecto importante en la fertilidad, los 35 años se acercan más a la realidad.

En la mayoría de las mujeres con problemas para quedarse en estado, la edad no es la causa directa. En primer lugar, hay que señalar que en una tercera parte de los casos el problema está en el hombre, porque su edad también cuenta. La mujer es el problema, o parte del problema, en el resto de los casos. ¿Y cuáles son esos problemas? La causa principal de infertilidad son los trastornos en las hormonas que controlan la ovulación. Con frecuencia se trata del síndrome de ovario poliquístico, en el que el equilibrio hormonal no funciona como es debido. La segunda causa más común son las lesiones en las trompas de Falopio. Pueden deberse a infecciones de transmisión sexual, como por ejemplo la clamidia, en las que las bacterias han ocasionado inflamación y tejido cicatrizal en las trompas. Los problemas de infertilidad también pueden deberse a la endometriosis, enfermedad en la que la membrana mucosa se forma en sitios donde no debe estar. Finalmente, los miomas, es decir, los tumores benignos en el útero, pueden impedir el embarazo. Estas son las causas más comunes de infertilidad, no la edad.

Lo que sí constituye un problema al aumentar la edad es el mayor riesgo de aborto espontáneo. Como ya hemos dicho, en las mujeres de más de 35 años el riesgo de sufrir uno es más del doble^[242-1]. Así pues, las que posponen la maternidad presentan abortos espontáneos con más frecuencia que las que se quedan embarazadas siendo jóvenes.

La edad tiene un claro efecto negativo en la posibilidad de quedarse en estado y aumenta el riesgo de abortos espontáneos, de complicaciones en el embarazo y de trastornos cromosómicos como el síndrome de Down. La mayoría de las mujeres no tendrá problemas para concebir hijos sanos con el «método tradicional» hasta bien entrada la treintena. Las estadísticas no permiten determinar si serás una de las que presenten dificultades, pero cabe la posibilidad de que las tengas aunque lo intentes a los 28 años. Si sospechas que padeces de endometriosis o de síndrome de ovario poliquístico, o si has tenido clamidia varias veces, sería buena idea que no pospusieras mucho tiempo los intentos de embarazo. Además, tal vez necesites algo de ayuda extra para conseguirlo.

La mutilación genital

Cada año, millones de niñas sufren mutilaciones. Les amputan, cosen o pinchan con agujas los genitales. La mutilación genital es una práctica cultural en diversos rincones del mundo, aunque afortunadamente cada vez es menos común. Hoy en día se da con más frecuencia en algunas partes de África, Oriente Próximo y algunos países de Asia, si bien en el pasado también se realizaban en Occidente. A mediados del siglo XIX varios ginecólogos de Estados Unidos e Inglaterra amputaron el clítoris a mujeres para tratarlas de onanismo, ya que se consideraba que la masturbación podía conducir a la histeria, la epilepsia y un coeficiente intelectual bajo^[79-4]. Las amputaciones genitales de las mujeres han sido y siguen siendo un brutal intento de controlar su sexualidad.

En Europa se ha realizado una gran labor para prevenir la mutilación genital en chicas de origen inmigrante y, al parecer, estos esfuerzos educativos han dado sus frutos. Sin embargo, para muchas mujeres el daño ya está hecho.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado la mutilación genital en cuatro categorías. La primera consiste en la extirpación parcial o total del botón del clítoris, o glande. A menudo se elimina también la capucha del clítoris. Esta práctica suele explicarse por la fantasía de que el clítoris puede crecer hasta convertirse en una especie de pene si no se elimina, pero no podemos pasar por alto que al amputarlo o lesionarlo también se extirpa la principal fuente de placer sexual de la mujer. Es un intento de controlar nuestra sexualidad. No obstante, algunas mujeres conservan cierta sensibilidad y la posibilidad de tener un orgasmo, ya que una gran parte del clítoris se sitúa debajo de la superficie de la piel^[38-1]. En otros casos, el tejido cicatrizal que se origina en el clítoris puede ocasionar dolores continuos.

El segundo tipo de mutilación genital conlleva la escisión de los labios menores, a menudo junto con diferentes formas de mutilación del clítoris. Los labios menores crecen en la pubertad, al ritmo del despertar sexual de la adolescencia. Es posible que se haya imaginado una correlación entre los genitales en crecimiento y el interés sexual. Al eliminar los labios genitales, se conserva la ilusión de la inocencia infantil.

El tercer tipo de mutilación genital femenina es la que suele recibir más atención, ya que representa el cambio más radical. Se cosen los labios mayores de modo que solo quede un pequeño agujero en la abertura vaginal. A veces se amputan los labios menores y el clítoris en la misma operación. Tanto la orina como la sangre menstrual salen por la abertura artificial. Una mujer noruega-somalí que conocimos nos contó la conmoción que le supuso orinar por primera vez en un baño público de Noruega: ¡las noruegas mean como elefantes! Estaba acostumbrada a tardar hasta 20 minutos en vaciar la vejiga, pues el chorro de pis era escaso. El mismo problema puede surgir

durante la menstruación, al acumularse la sangre en la vagina. El resultado es un caldo de cultivo para las bacterias, que pueden causar infecciones en los genitales y las vías urinarias.

A menudo el orificio artificial es demasiado pequeño para que pueda practicarse el coito, por lo que funciona como una especie de garantía de que la mujer no ha tenido relaciones sexuales antes del matrimonio. Obviamente, surgen problemas en la primera relación sexual y existe el riesgo de que haya que abrirlo con unas tijeras o un cuchillo, o de que el pene lo reviente. Algunas mujeres tienen un orificio lo bastante grande para la penetración, pero hay que abrirlo antes de que dé a luz. El tejido cicatrizal que rodea la vagina no puede dilatarse lo suficiente para permitir el paso del bebé. Si no se dilata, las mujeres corren el riesgo de sufrir desgarros incontrolados, con el potencial resultado de hemorragias y lesiones en el ano.

La última categoría de mutilación genital agrupa el resto de lesiones genitales; por ejemplo, la perforación del clítoris con agujas, una especie de homicidio ritual de la sexualidad femenina.

Cualquier forma de mutilación puede ocasionar lesiones duraderas en los genitales. Además, la intervención en sí entraña un gran peligro de infecciones, hemorragias y, sobre todo, traumas psicológicos. No es casual que la mutilación genital esté terminantemente prohibida en grandes partes del mundo. Hoy en día, todas las formas de mutilación femenina que comporten lesiones duraderas en los genitales constituyen un delito, incluso si la chica quiere llevarlas a cabo. Tampoco está permitido viajar con las hijas a un país extranjero para que se les realice el procedimiento.

No obstante, no está prohibido estar mutilada genitualmente. Si has sufrido una mutilación y tienes problemas, puedes buscar ayuda. En el hospital, los médicos realizan intervenciones de reconstrucción e intentan normalizar las funciones de los genitales. No pueden devolverte los bajos tal como eran cuando naciste, pero pueden reducir las molestias diarias.

«La tiranía del sexo»: sobre por qué sometemos la vulva al bisturí

No es ninguna novedad que mujeres (y hombres) decidan cambiar de aspecto por medio de la cirugía. Aumento de senos, rinoplastia, liposucción, eliminación de arrugas...; hay quienes hacen lo que sea por cumplir con los ideales de belleza. Sin embargo, cambiar la vulva mediante cirugía íntima es una tendencia relativamente nueva.

Por «cirugía íntima» se entiende cualquier modificación quirúrgica de los órganos sexuales externos. Se puede inyectar o eliminar grasa, reducir y aumentar. Hay muchas opciones, pero la intervención más común es la labioplastia. Esto significa cirugía plástica aplicada a los labios genitales, y son especialmente los menores los que se someten al bisturí para que los acorte.

Consideramos problemática esta creciente tendencia a la cirugía íntima. Y no, no escribimos este apartado porque nos guste menospreciar a las mujeres que toman sus propias decisiones, ni porque pensemos que las mujeres no tienen derecho a decidir lo que hacen con su cuerpo. Por supuesto, que cada cual decida lo que quiera...; esto va de otra cosa. Escribimos este apartado porque tememos que haya un grupo de jóvenes que opten por la cirugía íntima basándose en una idea errónea. Hemos observado que mujeres con genitales normales y sanos deciden operárselos porque les parece que les pasa algo. Esta idea equivocada debe corregirse, y para eso hemos de volver a la anatomía.

Distinguimos entre razones médicas y estéticas de la labioplastia. Es diferente desear una nariz nueva porque cuesta respirar que porque no gusta su aspecto. Del mismo modo, es diferente recortar los labios genitales debido a dolores u otros problemas durante el coito que hacerlo porque no gusta su aspecto. Los labios menores largos solo representan un problema médico si causan molestias. Esto no quiere decir que sea malo desear la cirugía por razones estéticas, pero si optas por dar ese paso debes basar tu decisión en datos objetivos, no en ideas erróneas.

Muchos creen que los labios menores siempre deben quedar ocultos, rodeados por completo de los mayores, pero en las mujeres adultas es normal que sobresalgan bastante de los mayores. En realidad, no existe un modelo de cómo deben ser los bajos. Tenemos en común las diferentes partes que componen la vulva: los labios menores y los mayores, el clítoris, la abertura de la uretra y la de la vagina. Pero el aspecto de cada parte varía de una mujer a otra; existen muchísimas variantes. No obstante, la idea de que los labios menores deben ser cortos y estar ocultos persiste con sorprendente fuerza. En un estudio australiano en el que se entrevistó a mujeres de 18 a 28 años, todas eligieron la foto de una vulva sin vello y con labios menores ocultos cuando se les preguntó cuál les parecía la vulva ideal para la sociedad^[253].

¿De dónde procede esa idea, cuando existen tantos bajos hermosos y diferentes? Como ocurre siempre al hablar de la imagen corporal, podemos remitirnos a los ideales de la cultura popular, la cultura del porno, etc. Eso puede ser parte del problema. En el caso de la vulva, lo más problemático es que resulta difícil confirmar si estos ideales se basan en la realidad o si son irreales y demasiado estandarizados. Una vez establecida la creencia de que los genitales normales tienen los labios cortos, esta idea se mantendrá con mayor fuerza que la idea de que todos los vientres son planos. Vemos vientres por todas partes, a diario, y sabemos que los hay de todas las formas, por lo que es fácil desmentir esa idea. Sin embargo, no tenemos la oportunidad de mirar con frecuencia a otras mujeres entre las piernas, sobre todo ahora que muchas jóvenes deciden llevar puesto el bañador y las braguitas en las duchas comunes por miedo a mostrarse desnudas. La desnudez ha dejado de ser algo natural. Suele relacionarse demasiado con el sexo, y a muchas les da vergüenza mostrar el cuerpo.

Creemos que las ideas erróneas respecto a los labios menores se deben en parte a una carencia en la programación escolar sobre el desarrollo de la pubertad. Como el resto del cuerpo, los genitales femeninos cambian durante la pubertad, pero nosotras no recordamos que en el colegio nos contaran qué ocurre exactamente con los genitales durante esa fase de la vida. Nos contaron que el pene y los pechos crecen y que algunas partes del cuerpo se cubren poco a poco de vello. Aprendimos bastante, pero no nos enseñaron qué sucede con los labios menores cuando pasamos de niñas a adultas.

Resulta que todas las niñas tienen unos genitales en los que los labios mayores cubren los menores. En otras palabras, en la infancia nos acostumbramos a unos bajos formados de esa manera. Sin embargo, en la pubertad los labios menores empiezan a crecer. En muchos casos se alargan tanto que sobresalen bastante de los labios mayores, y a menudo tienen un grosor irregular, con pliegues y arrugas.

Si siempre has tenido unos bajos en los que los labios mayores cubren los menores, puede ser una conmoción ver que esto cambia de repente, sobre todo si nadie te ha advertido de que es normal que ocurra. La sensación de que algo va mal se intensifica si da la casualidad de que las amigas con las que compartes confidencias no tienen labios menores visibles. Ambos tipos de genitales son normales.

En resumidas cuentas, la única forma de los bajos que algunas mujeres consideran normal o correcta es la que todas tenemos de niña. Si las adolescentes aprendiesen en la educación secundaria que los bajos cambian, y si dispusiesen de más información sobre qué aspecto tendrán estos cuando sean mayores, posiblemente se reduciría el número de mujeres que se someten al bisturí basándose en una idea falsa.

Es importante recordar qué función cumplen los labios menores y qué puede implicar recortarlos. Los labios menores tienen una función sexual. Están llenos de terminaciones nerviosas, y tocarlos produce una sensación agradable. Cuando se

recortan, se elimina una parte importante y sensible de los genitales. Por otra parte, todas las intervenciones quirúrgicas conllevan un riesgo. En el peor de los casos, se puede originar tejido cicatrizal, que, además de ser antiestético, tal vez ocasione dolores permanentes. Por lo tanto, hay que pensárselo bien antes de someterse a una intervención. ¿Es un problema tan grave como para que el riesgo merezca la pena?

Epílogo

Nuestro viaje ha concluido. Esperamos que hayas aprendido muchas cosas y que te hayas llevado alguna sorpresa, como nos ha ocurrido a nosotras. También esperamos haber prendido una chispa en ti, que hayas cobrado una mayor conciencia de lo que tienes entre las piernas y que sientas curiosidad e interés por tus bajos. Como todo conocimiento, este nunca se acaba. Además, la medicina es una disciplina en constante desarrollo. Lo que escribimos hoy puede quedar obsoleto dentro de un mes. ¡Nunca llegaremos a saberlo todo! Los bajos son fantásticos. Esperamos que te sientas orgullosa de tenerlos.

Por desgracia, también ocasionan problemas. Existe un mar de molestias que pueden llegar a afectarte. Nuestro complejo aparato reproductor está concebido para soportar mucho, pero en ocasiones somos vulnerables, aunque no sintamos el temor a que nos peguen una patada en los huevos. Las enfermedades y las molestias en los bajos se viven como algo muy íntimo y vergonzoso. Pocas personas hablan de ellas con la misma naturalidad con que hablan de las anginas o de una hernia discal, por lo que muchas mujeres se sienten solas y se preocupan cuando no todo es como debería ser. Esperamos que este libro te haya proporcionado el conocimiento que necesitas para acudir al médico con la cabeza bien alta, y que te sientas más segura al saber cuándo debes preocuparte y cuándo relajarte.

También esperamos que hayas alejado algunos pensamientos negativos que tal vez tenías acerca de tus bajos o tu vida sexual. Hemos conocido a muchas que se sienten anormales porque no experimentan orgasmos solo mediante la estimulación vaginal, o porque creen que tienen herpes genital o una vulva que no se parece a la ilustración de un atlas anatómico. Como sabrás después de haber leído este libro, esto es muy muy normal.

En nuestro sexualizado día a día, en ocasiones resulta fácil olvidar que nuestro cuerpo es algo más que el aspecto físico y lo que podemos conseguir con él, y que un cuerpo desnudo no siempre se asocia al sexo. Es fácil que nos valorem a nosotras

mismas por lo que somos capaces de lograr en la cama y, sobre todo, por nuestro aspecto físico. Lo que percibimos como carencias en nosotras mismas a menudo nos absorbe. No debes comportarte o mantener relaciones sexuales según lo que otros esperan de ti. Lo importante es que aprendas a disfrutar de ti y de tu cuerpo tal y como sois, tanto sola como con una pareja o con tres. No todas tendremos de todo ni todas tenemos el mismo aspecto. Al fin y al cabo, el cuerpo no es más que un cuerpo, pero es valioso porque es el único que tenemos.

Bibliografía

Adams, J. A., Botash, A. S., Kellogg, N. (2004), «Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse», *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(3), 280-285.

Andersen, A.-M. N., Andersen, P. K., Olsen, J., Grønbaek, M., Strandberg-Larsen, K. (2012), «Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death», *International Journal of Epidemiology*, 41(2), 405-413.

Angel, K. (2010), «The history of “female sexual dysfunction” as a mental disorder in the 20th century», *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 536.

Appleby, P., Beral, V., Berrington de González, A., Colin, D., Franceschi, S., Goodhill, A., Sweetland, S. (2007), «Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies», *The Lancet*, 370(9599), 1609-1621.

Arden, M., Dye, L., Walker, A. (1999), «Menstrual synchrony: awareness and subjective experiences», *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(3), 255-265.

Armstrong, E. A., England, P., Fogarty, A. C. (2012), «Accounting for women's orgasm and sexual enjoyment in college hookups and relationships», *American Sociological Review*, 77(3), 435-462.

Bagwell, M. A., Thompson, S. J., Addy, C. L., Coker, A. L., Baker, E. R. (1995), «Primary infertility and oral contraceptive steroid use», *Fertility and Sterility*, 63(6), 1161-1166.

Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S. A., Williams, Z. (2015), «A national survey on public perceptions of miscarriage», *Obstetrics & Gynecology*, 125(6), 1313-1320.

Barsky, A. J., Saintfort, R., Rogers, M. P., Borus, J. F. (2002), «Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon», *JAMA*, 287(5), 622-627.

Basson, R. (2006), «Sexual Desire and Arousal Disorders in Women», *New England Journal of Medicine*, 354(14), 1497-1506.

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Schultz, W. W. (2003), «Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision», *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(4), 221-229.

Basson, R., McInnes, R., Smith, M. D., Hodgson, G., Koppiker, N. (2002), «Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder», *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 11(4), 367-377.

Bellis, M. A., Baker, R. R. (1990), «Do females promote sperm competition? Data for humans», *Animal Behaviour*, 40(5), 997-999.

Beral, V., Doll, R., Hermon, C., Peto, R., Reeves, G. (2008), «Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls», *The Lancet*, 371(9609), 303-314.

Berek, J. S. (2012), *Berek and Novak's Gynecology*, 15.^a ed., Filadelfia, PA, Lippincott Williams and Wilkins.

Berenson, A., Heger, A., Andrews, S. (1991), «Appearance of the Hymen in Newborns», *Pediatrics*, 87(4), 458-465.

Berenson, A. B., Chacko, M. R., Wiemann, C. M., Mishaw, C. O., Friedrich, W. N., Grady, J. J. (2002), «Use of Hymenal Measurements in the Diagnosis of Previous Penetration», *Pediatrics*, 109(2), 228-235.

Berglund Scherwitzl, E., Gemzell Danielsson, K., Sellberg, J. A., Scherwitzl, R. (2016), «Fertility awareness-based mobile application for contraception», *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(3), 234-241.

Bergo, I. G., Quist, C. (2016), «Kunnskapsministeren om sexkulturen blant unge: — Skolen må ta mer ansvar». Disponible en: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/kunnskapsministeren-om-sexkulturen-blant-unge-skolen-maa-ta-mer-ansvar/a/23770735/>.

Bernard, M. L. R. (2015, 30/03/2015), «How Often Do Queer Women Have Sex?». Disponible en: <http://www.autostraddle.com/how-often-do-lesbians-have-sex-283731/>.

Bjørge, L., Løkeland, M., Oppegaard, K. S. (2015), «Provosert abort», *Veileder i Gynekologi 2015*, Norsk gynekologisk forening.

Bjørnstad, S. (2015, 09/03/2015), «Jeg bruker aldri kondom, jeg ser om jenter har en kjønnssykdom». Disponible en: <http://www.side2.no/underholdning/--jeg-bru-ker-aldri-kondom-jeg-ser-om-jenter-har-en-kjnnssykdom/8551263.html>.

Bordvik, M. (2016, 07/06/2016), «P-pille-bruk kan ødelegge e ekten av angrepille». Disponible en: <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/06/angrepille-kan-odelegge-p-pille-eekt/?x=MjAxNi0wOS0xMCAyMDozND00MA==>.

Boston University School of Medicine Sexual Medicine (2002), «Female Genital Anatomy». Disponible en: <http://www.bumc.bu.edu/sexualmedicine/physicianinformation/female-genital-anatomy/>.

Bradford, A. (2016), «Treatment of female orgasmic disorder». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-female-orgasmic-disorder>.

Bradford, A., Meston, C. (2007), «Correlates of placebo response in the treatment of sexual dysfunction in women: a preliminary report», *The Journal of Sexual*

Medicine, 4(5), 1345-1351.

Brotto, L. A., Petkau, A. J., Labrie, F., Basson, R. (2011), «Predictors of sexual desire disorders in women», *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 742-753.

Brunner Huber, L. R., Hogue, C. J., Stein, A. D., Drews, C., Zieman, M., King, J., Schayes, S. (2006), «Contraceptive use and discontinuation: Findings from the contraceptive history, initiation, and choice study», *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194(5), 1290-1295.

Buisson, O., Foldes, P., Jannini, E., Mimoun, S. (2010), «Coitus as Revealed by Ultrasound in One Volunteer Couple», *The Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2750-2754.

Burrows, L. J., Basha, M., Goldstein, A. T. (2012), «The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review», *The Journal of Sexual Medicine*, 9(9), 2213-2223.

Caruso, S., Agnello, C., Malandrino, C., Lo Presti, L., Cicero, C., Cianci, S. (2014), «Do hormones influence women's sex? Sexual activity over the menstrual cycle», *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 211-221.

Cedars, M. I., Anaya, Y. (2016, 03/06/2016), «Intrauterine adhesions». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-adhesions>.

Charlton, B. M., Rich-Edwards, J. W., Colditz, G. A., Missmer, S. A., Rosner, B. A., Hankinson, S. E., Michels, K. B. (2014), «Oral contraceptive use and mortality after 36 years of follow-up in the Nurses' Health Study: prospective cohort study», *BMJ*, 349, g6356.

Chatenoud, L., Parazzini, F., Di Cintio, E., Zanconato, G., Benzi, G., Bortolus, R., La Vecchia, C. (1998), «Paternal and maternal smoking habits before conception and during the first trimester: relation to spontaneous abortion», *Annals of Epidemiology*, 8(8), 520-526.

Cheung, E., Free, C. (2004), «Factors influencing young women's decision making regarding hormonal contraceptives: a qualitative study», *Contraception*, 71(6), 426-431.

Chivers, M. L., Seto, M. C., Lalumiere, M. L., Laan, E., Grimbos, T. (2010), «Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis», *Archives of Sexual Behavior*, 39(1), 5-56.

Christopher, F. S., Sprecher, S. (2000), «Sexuality in Marriage, Dating, and Other Relationships: A Decade Review», *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 999-1017.

Clayton, A. H., Althof, S. E., Kingsberg, S., DeRogatis, L. R., Kroll, R., Goldstein, I., Jordan, R. (2016), «Bremelanotide for female sexual dysfunctions in premenopausal women: a randomized, placebo-controlled dose-finding trial», *Women's Health*, 12(3), 325-327.

Darling, C. A., Davidson, J. K. Sr., Conway-Welch, C. (1990), «Female ejaculation: perceived origins, the Grafenberg spot/area, and sexual responsiveness», *Archives of Sexual Behavior*, 19(1), 29-47.

Davis, S., Papalia, M.-A., Norman, R. J., O'Neill, S., Redelman, M., Williamson, M., Humberstone, A. (2008), «Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women: a randomized trial», *Annals of Internal Medicine*, 148(8), 569-577.

Dawood, K., Kirk, K. M., Bailey, J. M., Andrews, P. W., Martin, N. G. (2005), «Genetic and environmental influences on the frequency of orgasm in women», *Twin Research and Human Genetics*, 8(1), 27-33.

Dawood, M. Y. (2006), «Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management», *Obstetrics & Gynecology*, 108(2), 428-441.

Dean, G., Goldberg, A. B. (2016, 15.09.2016), «Intrauterine contraception: Devices, candidates, and selection». Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-devices-candidates-and-selection>.

Di Marino, V., Lepidi, H. (2014). *Anatomic Study of the Clitoris and the BulboClitoral Organ*, Cham, Suiza, Springer International Publishing.

Dillner, L. (2016, 15/09/2016), «Do women's periods really synchronise when they live together?». Disponible en: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2016/aug/15/periods-housemates-menstruation-synchronise>.

Duke, J. M., Sibbritt, D. W., Young, A. F. (2007), «Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women?». *Contraception*, 75(1), 27-31.

Dunn, K. M., Cherkas, L. F., Spector, T. D. (2005), «Genetic influences on variation in female orgasmic function: a twin study», *Biology Letters*, 1(3), 260-263.

Dunson, D. B., Baird, D. D., Colombo, B. (2004), «Increased infertility with age in men and women», *Obstetrics & Gynecology*, 103(1), 51-56.

Dyall-Smith, D. (2016), «Trimethylaminuria». Disponible en: <http://www.dermnetnz.org/topics/trimethylaminuria/>.

Eichel, E. W., Eichel, J. D., Kule, S. (1988), «The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 14(2), 129-141.

Emera, D., Romero, R., Wagner, G. (2012), «The evolution of menstruation: A new model for genetic assimilation», *BioEssays*, 34(1), 26-35.

European Medicines Agency (2015), *Review concludes evidence does not support that HPV vaccines cause CRPS or POTS*. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2015/11/news_detail_002429.jsp&mid=WC0b01a

Farmer, M. A., Taylor, A. M., Bailey, A. L., Tuttle, A. H., MacIntyre, L. C., Milagrosa, Z. E., Mogil, J. S. (2011), «Repeated Vulvovaginal Fungal Infections Cause Persistent Pain in a Mouse Model of Vulvodynia», *Science Translational Medicine*, 3(101).

Ferris, D. G., Nyirjesy, P., Sobel, J. D., Soper, D., Pavletic, A., Litaker, M. S. (2002), «Over-the-counter antifungal drug misuse associated with patient-diagnosed vulvovaginal candidiasis», *Obstetrics & Gynecology*, 99(3), 419-425.

Fisher, C., Cohen, H. D., Schiavi, R. C., Davis, D., Furman, B., Ward, K., Cunningham, J. (1983), «Patterns of female sexual arousal during sleep and waking: Vaginal thermo-conductance studies», *Archives of Sexual Behavior*, 12(2), 97-122.

Folkehelseinstituttet (2014), *Vaksinasjonsdekning i prosent (fullvaksinerte) per 31.12.2014 16åringer (f. 1998)*. Disponible en: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/2014-fylker-16-aringer-1998.pdf>.

Folkehelseinstituttet (2015, 19/11/2015), *FødselSSStatistikk for 2014*. Disponible en: <https://www.fhi.no/nyheter/2015/fodselSSStatistikk-for-2014-publiser/>.

Folkehelseinstituttet (2015), *Gonoré og syfilis i Norge*. Disponible en: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/gonore-sylis-2014.pdf>.

Folkehelseinstituttet (2015), *Klamydia og lymfograduloma venerum (LGV) i Norge 2014*. Disponible en: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/klamydia-arsrapport-2015-revidert-des-15.pdf>

Folkehelseinstituttet (2016, 16/03/2016), *Framleis nedgang i aborttal for kvinner under 25 år*. Disponible en: <https://www.fhi.no/nyheter/2016/framleis-nedgang-i-aborttal-for-kvi/>.

Folkehelseinstituttet (2016, 15/03/2016), *Nedgang i hivtilfeller i Norge i 2015*. Disponible en: <https://www.fhi.no/nyheter/2016/nedgang-i-hivtilfeller-i-norge-i-20/>.

Frank, L. (2016, 10/07/2016), «Blodig Uenighet», *Morgenbladet*.

Frederick, D.A., Lever, J., Gillespie, B. J., Garcia, J. R. (2016), «What Keeps Passion Alive? Sexual Satisfaction Is Associated With Sexual Communication, Mood Setting, Sexual Variety, Oral Sex, Orgasm, and Sex Frequency in a National U.S. Study», *The Journal of Sex Research*, 2016:1-16.

Freud, S. (1905), *Three essays on the theory of sexuality*. [Hay trad. cast.: *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*. Madrid: Alianza Editorial, 2012].

Friedman, M. (2015, 24/11/2015), «This Woman Is Making Sourdough Bread Using Yeast From Her Vagina». Disponible en: <http://www.cosmopolitan.com/sex-love/news/a49894/yeast-infection-sourdough-bread/>.

Førde, R. (2002), «Operativ rekonstruksjon av jomfruhinne», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(17), 1709.

Gallo, M. F., Grimes, D. A., Schulz, K. F., Helmerhorst, F. M. (2004), «Combination estrogen–progestin contraceptives and body weight: systematic review of randomized controlled trials», *Obstetrics & Gynecology*, 103(2), 359-373.

Garcia, J. R., Lloyd, E. A., Wallen, K., Fisher, H. E. (2014), «Variation in orgasm occurrence by sexual orientation in a sample of U.S. singles», *The Journal of Sexual Medicine*, 11(11), 2645-2652.

Gingnell, M., Engman, J., Frick, A., Moby, L., Wikstrom, J., Fredrikson, M., Sundstrom-Poromaa, I. (2013), «Oral contraceptive use changes brain activity and mood in women with previous negative affect on the pill—a double-blinded, placebo-controlled randomized trial of a levonorgestrel-containing combined oral contraceptive», *Psychoneuroendocrinology*, 38(7), 1133-1144.

Glazener, C. M., Herbison, G. P., Wilson, P. D., MacArthur, C., Lang, G. D., Gee, H., Grant, A. M. (2001), «Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomized controlled trial», *BMJ*, 323(7313), 593.

Goldstein, B. G., Goldstein, A. O. (2015, 29.09.2015), «Pseudofolliculitis barbae». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pseudofolliculitis-barbae>.

Goodarzi, M. O. (2016, 20/06/2016), «Polycystic ovary syndrome». Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/141/follow-up/complications.html>.

Grady-Weliky, T. A. (2003), «Premenstrual Dysphoric Disorder», *New England Journal of Medicine*, 348(5), 433-438.

Graham, C. A., Ramos, R., Bancro, J., Maglaya, C., Farley, T. M. (1995), «The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: a double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods», *Contraception*, 52(6), 363-369.

Graham, C. A., Sherwin, B. B. (1993), «The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenstrual symptoms», *Psychoneuroendocrinology*, 18(4), 273-281.

Grimes, D. A., Schulz, K. F. (2011), «Nonspecific side effects of oral contraceptives: nocebo or noise?», *Contraception*, 83(1), 5-9.

Hägstad, A. J. (1990), «Mödomen — mest myt!», *Läkartidningen*, 87(37), 2857-2858.

Haavio-Mannila, E., Kontula, O. (1997), «Correlates of increased sexual satisfaction», *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399-419.

Hannaford, P. C., Selvaraj, S., Elliott, A. M., Angus, V., Iversen, L., Lee, A. J. (2007), «Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study», *BMJ*, 335(7621), 651.

Haoula, Z., Salman, M., Atiomo, W. (2012), «Evaluating the association between endometrial cancer and polycystic ovary syndrome», *Human Reproduction*, 27(5),

1327-1331.

Hardiman, P., Pillay, O. S., Atiomo, W. (2003), «Polycystic ovary syndrome and endometrial carcinoma», *The Lancet*, 361(9371), 1810-1812.

Hasan, R., Baird, D. D., Herring, A. H., Olshan, A. F., Jonsson Funk, M. L., Hartmann, K. E. (2010), «Patterns and predictors of vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy», *Annals of Epidemiology*, 20(7), 524-531.

Hasselknippe, O., Stokke, O. (2006, 19/10/2011), «Volvat slutter å selge jomfruhinner». Disponible en: <http://www.aftenposten.no/norge/Volvat-slutter-a-selge-jomfruhinner-423873b.html>.

Heit, J. A., Kobbervig, C. E., James, A. H., Petterson, T. M., Bailey, K. R., Melton, L. J. (2005), «Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study», *Annals of Internal Medicine*, 143(10), 697-706.

Helgesen, A. L. (2015, 15/05/2015), «Når samleiet gjør vondt». Disponible en: <http://forskning.no/blogg/kvinnehelsebloggen/nar-samleiet-gjor-vondt>

Hoffman, B. L., Schorge, J. O., Schaffer, J. I., Halvorsen, L. M., Bradshaw, K. D., Cunningham, F. G. (2012), *Williams Gynecology* (2.^a ed.), Nueva York, McGraw Hill Medical.

Hornstein, M. D., Gibbons, W. E. (2016, 10/10/2013), «Pathogenesis and treatment of infertility in women with endometriosis». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-and-treatment-of-infertility-in-women-with-endometriosis>.

Howarth, C., Hayes, J., Simonis, M., Temple-Smith, M. (2016), «“Everything’s neatly tucked away”: young women’s views on desirable vulval anatomy», *Culture, Health & Sexuality*, 1-16.

Iglesia, C. (2016, 25/05/2015), «Clinical manifestations and diagnosis of localized vulvar pain syndrome (formerly vulvodynia, vestibulodynia, vulvar

vestibulitis, or focal vulvitis)». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-localized-vulvar-pain-syndrome-formerly-vulvodynia-vestibulodynia-vulvar-vestibulitis-or-focal-vulvitis>.

Independent Forensic Expert Group (2015), «Statement on virginity testing», *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 33, 121-124.

Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., Lieb, R. (2004), «Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS)», *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611.

Jennings, V. (2016), «Fertility awareness-based methods of pregnancy prevention». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/fertility-awareness-based-methods-of-pregnancy-prevention>.

Jensen, J. S., Cusini, M., Gomberg, M., Moi, H. (2016), «2016 European guideline on Mycoplasma genitalium infections», *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 30(10), 1650-1656.

Jepson, R. G., Williams, G., Craig, J. C. (2012), «Cranberries for preventing urinary tract infections», *The Cochrane Library. The Cochrane Database Systematic Reviews*, 12 Oct 17;10:CD001321.

Joffe, H., Cohen, L. S., Harlow, B. L. (2003), «Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: predictors of improvement and deterioration», *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 189(6), 1523-1530.

Johansen, M. (2016a), *Emetodebok for seksuell helse*. Oslo, Sex og samfunn.

Juvkam, K. H., Gudim, H. B. (2013), «Medikamentell forskyvning av menstruasjon», *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 133(2), 166-168.

Karacan, I., Rosenbloom, A., Williams, R. (1970), «The clitoral erection cycle during sleep», *Journal of Sleep Research*, 7, 338.

Karlsen, S. G., Jonassen, T. H., Suvatne, S. S. (2015, 26/06/2015), «Anbefaler naturlig prevensjon og påstår at den er 99,9% sikker. - Direkte uansvarlig mener Statens Legemiddelverk». Disponible en: http://www.dagbladet.no/2015/06/29/kjendis/blogg/prevensjon/caroline_berg_eriksen/

Kaunitz, A. M. (2016), «Patient education: Hormonal methods of birth control (Beyond the Basics)». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/hormonal-methods-of-birth-control-beyond-the-basics>.

Kellogg, N. D., Menard, S. W., Santos, A. (2004), «Genital anatomy in pregnant adolescents: “normal” does not mean “nothing happened”», *Pediatrics*, 113(1 Pt 1), 67-69.

Keyes, K. M., Cheslack-Postava, K., Westhoff, C., Heim, C. M., Haloossim, M., Walsh, K., Koenen, K. (2013), «Association of hormonal contraceptive use with reduced levels of depressive symptoms: a national study of sexually active women in the United States», *American Journal of Epidemiology*, 178(9), 1378-1388.

Khandker, M., Brady, S. S., Vitonis, A. F., Maclehose, R. F., Stewart, E. G., Harlow, B. L. (2011), «The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia», *Journal of Women's Health*, 20(10), 1445-1451

Kilchevsky, A., Vardi, Y., Lowenstein, L., Gruenwald, I. (2012), «Is the Female G Spot Truly a Distinct Anatomic Entity?», *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 719-726.

Kisic, J., Opøien, H. K., Ringen, I. M., Veddeng, A., Langebrekke, A. (2015), «Endometriose», *Veileder i Gynekologi 2015*, Norsk gynekologisk forening.

Klatsky, P. C., Tran, N. D., Caughey, A. B., Fujimoto, V. Y. (2008), «Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(4), 357-366.

Klusmann, D. (2002), «Sexual motivation and the duration of partnership», *Archives of Sexual Behavior*, 31(3), 275-287.

Kohlenberg, R. J. (1974), «Directed masturbation and the treatment of primary orgasmic dysfunction», *Archives of Sexual Behavior*, 3(4), 349-356.

Korda, J. B., Goldstein, S. W., Sommer, F. (2010), «Sexual medicine history: The History of Female Ejaculation», *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1965-1975.

Laqueur, T. (1992), *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Harvard University Press. [Hay trad. cast.: *La construcción social del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid, Ediciones Cátedra; 1994].

LegemiddeLHåndbok, N. (2016, 13/09/2016), «L14.2.2.1 Perorale gestagener». Disponible en: <http://legemiddeLHandboka.no/legemidler/?frid=lk-03-endokr-7205>.

Legro, R. S., Barnhart, H. X., Schlaff, W. D., Carr, B. R., Diamond, M. P., Carson, S. A., Cataldo, N. A. (2007), «Clomiphene, metformin, or both for infertility in the polycystic ovary syndrome», *New England Journal of Medicine*, 356(6), 551-566.

Levin, R. J. (2015), «Recreation and procreation: A critical view of sex in the human female», *Clinical Anatomy*, 28(3), 339-354.

Lidegaard, O., Lokkegaard, E., Jensen, A., Skovlund, C. W., Keiding, N. (2012), «Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception», *New England Journal of Medicine*, 366(24), 2257-2266.

Lidegaard, O., Lokkegaard, E., Svendsen, A. L., Agger, C. (2009), «Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study», *BMJ*, 339, b2890.

Lindh, I., Blohm, F., Andersson-Ellstrom, A., Milsom, I. (2009), «Contraceptive use and pregnancy outcome in three generations of Swedish female teenagers from the same urban population», *Contraception*, 80(2), 163-169.

Lloyd, J., Crouch, N. S., Minto, C. L., Liao, L. M., Creighton, S. M. (2005), «Female genital appearance: “normality” unfolds», *BJOG*, 112(5), 643-646.

Lopez, J. E. M. (2015, 16/03/2015), «Candidiasis (vulvovaginal)». Disponible en: <http://clinicalevidence.bmj.com/x/systematic-review/0815/overview.html>.

Lorenz, T. A., Meston, C. M. (2014), «Exercise improves sexual function in women taking antidepressants: results from a randomized crossover trial», *Depression and Anxiety*, 31(3), 188-195.

MacNeil, S., Byers, E. S. (2005), «Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples», *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(2), 169-181.

Mah, K., Binik, Y. M. (2001), «The nature of human orgasm: a critical review of major trends», *Clinical Psychology Review*, 21(6), 823-856.

Malmborg, A., Persson, E., Brynhildsen, J., Hammar, M. (2016), «Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women», *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(2), 158-167.

Maltau, J. M., Molne, K., Nesheim, B.-I. (2015), *Obstetrikk og Gynekologi*, Oslo, Gyldendal Akademisk.

Mansour, D., Gemzell-Danielsson, K., Inki, P., Jensen, J. T. (2011), «Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature», *Contraception*, 84(5), 465-477.

Maravilla, K. A., Heiman, J. R., Garland, P. A., Cao, Y., Carter, B. T., Peterson, W. O., Weisskoff, R. M. (2003), «Dynamic MR Imaging of the Sexual Arousal Response in Women», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(sup1), 71-76.

Marston, C., Lewis, R. (2014), «Anal heterosex among young people and implications for health promotion: a qualitative study in the UK», *BMJ open*, 4(8), e004996.

Martin, K. A., Douglas, P. S. (2016, 22.08.2016), «Risks and side effects associated with estrogen-progestin contraceptives». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/risks-and-side-effects-associated-with-estrogen-progestin-contraceptives>.

McCann, J., Miyamoto, S., Boyle, C., Rogers, K. (2007), «Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study», *Pediatrics*, 119(5), e1094-1106.

McClintock, M. K. (1971), «Menstrual synchrony and suppression», *Nature*, 229, 244-245.

Mercer, C. H., Tanton, C., Prah, P., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., Johnson, A. M. (2013), «Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal)», *The Lancet*, 382(9907), 1781-1794.

Meston, C. M., Levin, R. J., Sipski, M. L., Hull, E. M., Heiman, J. R. (2004), «Women's orgasm», *Annual Review of Sex Research*, 15, 173-257.

Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, N., Sonnenberg, P. (2013), «Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)», *The Lancet*, 382(9907), 1817-1829.

Mitchell, M. A., Bisch, S., Arntfield, S., Hosseini-Moghaddam, S. M. (2015), «A confirmed case of toxic shock syndrome associated with the use of a menstrual cup», *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 26(4), 218-220.

Moen, M. H. (2013), «Selvvalgt menstruasjon», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(2), 131-131.

Moi, H., Maltau, J. M. (2013), *Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer* (3.^a ed.), Oslo, Gyldendal Akademisk.

Montesi, J. L., Fauber, R. L., Gordon, E. A., Heimberg, R. G. (2011), «The specific importance of communicating about sex to couples' sexual and overall relationship satisfaction», *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(5), 591-609.

Muise, A., Schimmack, U., Impett, E. A. (2016), «Sexual frequency predicts greater well-being, but more is not always better», *Social Psychological and Personality Science*, 7(4), 295-302.

Murray, S. H., Milhausen, R. R. (2012), «Sexual desire and relationship duration in young men and women», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(1), 28-40.

Myhre, A. K., Borgen, G., Ormstad, K. (2006), «Seksuelle overgrep mot prepubertale barn», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(19), 2511.

Nagoski, E. (2015), *Come as you are the surprising new science that will transform your sex life*, Nueva York: Simon and Schuster Paperbacks.

NEL - Norsk elektronisk legehåndbok (2016), *NEL Norsk elektronisk legehåndbok*.

Nesheim, B.-I. (2009), «Deflorasjon». Disponible en: <https://sml.snl.no/deflorasjon>.

Nisenblat, V., Norman, R. J. (2016), «The effects of caffeine on reproductive outcomes in women». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/the-effects-of-caffeine-on-reproductive-outcomes-in-women>.

Nybo Andersen, A. M., Wohlfahrt, J., Christens, P., Olsen, J., Melbye, M. (2000), «Maternal age and fetal loss: population based register linkage study», *BMJ*, 320(7251), 1708-1712.

O'Connell, H. E., DeLancey, J. O. (2005), «Clitoral anatomy in nulliparous, healthy, premenopausal volunteers using unenhanced magnetic resonance imaging», *Journal of Urology*, 173(6), 2060-2063.

O'Connell, H. E., Sanjeevan, K. V., Hutson, J. M. (2005), «Anatomy of the clitoris», *Journal of Urology*, 174(4 Pt 1), 1189-1195.

O'Connell, K., Davis, A. R., Kerns, J. (2007), «Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls», *Contraception*, 75(4), 299-304.

O'Halloran, T., Bell, R. J., Robinson, P. J., Davis, S. R. (2012), «Urinary incontinence in young nulligravid women: a cross-sectional analysis», *Annals of Internal Medicine*, 157(2), 87-93.

Oakley, S. H., Vaccaro, C. M., Crisp, C. C., Estanol, M., Fellner, A. N., Kleeman, S. D., Pauls, R. N. (2014), «Clitoral size and location in relation to sexual function using pelvic MRI», *The Journal of Sexual Medicine*, 11(4), 1013-1022.

Olsen, E. A. (1999), «Methods of hair removal», *Journal of The American Academy of Dermatology*, 40(2 Pt 1), 143-155; quiz 156-147.

OMS. Planificación familiar/Anticoncepción. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.

Oster, E. (2013), *Expecting better why the conventional pregnancy wisdom is wrong and what you really need to know*, Nueva York, Penguin Press.

Östör, A. G. (1993), «Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review», *International Journal of Gynecological Pathology*, 12(2), 186.

Pastor, Z. (2013), «Female ejaculation orgasm vs. coital incontinence: a systematic review», *The Journal of Sexual Medicine*, 10(7), 1682-1691.

Pastor, Z., Holla, K., Chmel, R. (2013), «The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review», *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(1), 27-43.

Pauls, R. N. (2015), «Anatomy of the clitoris and the female sexual response», *Clinical Anatomy*, 28(3), 376-384.

Paus, R., Cotsarelis, G. (1999), «The biology of hair follicles», *New England Journal of Medicine*, 341(7), 491-497.

Peipert, J. F., Gutmann, J. (1993), «Oral contraceptive risk assessment: a survey of 247 educated women», *Obstetrics & Gynecology*, 82(1), 112-117.

Pierce, A. P. (2000), «The coital alignment technique (CAT): an overview of studies», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 257-268.

Pineles, B. L., Park, E., Samet, J. M. (2014), «Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy», *American Journal of Epidemiology*, 179(7), 807-823.

Pollen, J. J., Dreilinger, A. (1984), «Immunohistochemical identification of prostatic acid phosphatase and prostate specific antigen in female periurethral glands», *Urology*, 23(3), 303-304.

Pritts, E. A., Parker, W. H., Olive, D. L. (2009), «Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence», *Fertility and Sterility*, 91(4), 1215-1223.

Puppo, V. (2011), «Embryology and anatomy of the vulva: The female orgasm and women's sexual health», *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 154(1), 3-8.

Rao, K. V., Demaris, A. (1995), «Coital frequency among married and cohabiting couples in the United States», *Journal of Biosocial Science*, 27(2), 135-150.

Redmond, G., Godwin, A. J., Olson, W., Lippman, J. S. (1999), «Use of placebo controls in an oral contraceptive trial: methodological issues and adverse event incidence», *Contraception*, 60(2), 81-85.

Reed, B. D., Haefner, H. K., Punch, M. R., Roth, R. S., Gorenflo, D. W., Gillespie, B. W. (2000), «Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain. A comparative evaluation», *The Journal of Reproductive Medicine*, 45(8), 624-632.

Richters, J., Visser, R., Rissel, C., Smith, A. (2006), «Sexual practices at last heterosexual encounter and occurrence of orgasm in a national survey», *The Journal of Sex Research*, 43(3), 217-226.

Riss, S., Weiser, F. A., Schwameis, K., Riss, T., Mittlbock, M., Steiner, G., Stift, A. (2012), «The prevalence of hemorrhoids in adults», *International Journal of Colorectal Disease*, 27(2), 215-220.

Roach, M. (2008), *BONK — The Curious Coupling of Science and Sex*, New York, W. W. Norton and Company. [Hay trad. cast.: *Entre piernas: la extraordinaria cópula de ciencia y sexo*, Barcelona, Global Rhythm, 2001].

Rosen, R. (2014, 04/12/2014), «No female ejaculation, please, we're British: a history of porn and censorship». Disponible en: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/no-female-ejaculation-please-we-re-british-a-history-of-porn-and-censorship-9903054.html>.

Rosenbaum, T. Y. (2007), «Reviews: Pelvic Floor Involvement in Male and Female Sexual Dysfunction and the Role of Pelvic Floor Rehabilitation in Treatment: A Literature Review», *The Journal of Sexual Medicine*, 4(1), 4-13.

Rosenberg, M. J., Waugh, M. S. (1998), «Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 179(3), 577-582.

Ross, J. (2016, 19.02.2015), «Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-pathogenesis-microbiology-and-risk-factors>.

Rothman, K. J., Wise, L. A., Sorensen, H. T., Riis, A. H., Mikkelsen, E. M., Hatch, E. E. (2013), «Volitional determinants and age-related decline in fecundability: a general population prospective cohort study in Denmark», *Fertility and Sterility*, 99(7), 1958-1964.

Rumbold, A., Middleton, P., Crowther, C. A. (2005), «Vitamin supplementation for preventing miscarriage», *The Cochrane Library*, Cd004073.

Ræder, M. B., Wollen, A.-L., Braut, R., Glad, R. (2015), «Spontanabort», *Veileder i Gynekologi 2015: Norsk gynekologisk forening*.

Salama, S., Boitrelle, F., Gauquelin, A., Malagrida, L., Thiounn, N., Desvaux, P. (2015), «Nature and Origin of “Squirting” in Female Sexuality», *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 661-666.

Shenenberger, D. W. (2016, 11/04/2016), «Removal of unwanted hair». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/removal-of-unwanted-hair>.

Shifren, J. L. (2016, 04/04/2016), «Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-women-epidemiology-risk-factors-and-evaluation>.

Shifren, J. L. (2016, 19/05/2016), «Sexual dysfunction in women: Management». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-women-management>.

Simeonova, Z., Milsom, I., Kullendorff, A. M., Molander, U., Bengtsson, C. (1999), «The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of

life in women from an urban Swedish population», *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78(6), 546-551.

Skovlund, C., Mørch, L., Kessing, L., Lidegaard, Ø. (2016), «Association of hormonal contraception with depression», *JAMA Psychiatry*, 73(11):1154-1162.

Smith, A. (2011), «The prepubertal hymen», *Australian Family Physician*, 40(11), 873.

Sobel, J. D. (2016a), «Candida vulvovaginitis». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis>.

Sobel, J. D. (2016b, 09/06/2015), «Patient education: Vaginal discharge in adult women (Beyond the Basics)». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/vaginal-discharge-in-adult-women-beyond-the-basics>.

Sprecher, S. (2002), «Sexual satisfaction in premarital relationships: associations with satisfaction, love, commitment, and stability», *The Journal of Sex Research*, 39(3), 190-196.

Stabell, K., Mortensen, B., Træen, B. (2008), «Samleiefrekvens: Prevalens og prediktorer I et tilfeldig utvalg norske gi e og samboende heteroseksuelle par [Coital frequency: Prevalence and predictors in a random sample of Norwegian married or cohabiting heterosexual couples]», *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 45, 683-694.

Stanislaw, H., Rice, F. J. (1988), «Correlation between sexual desire and menstrual cycle characteristics», *Archives of Sexual Behavior*, 17(6), 499-508.

Statens legemiddelverk (2016), *Meldte mistenkte bivirkninger av HPV-vaksine (Gardasil) oppdaterte bivirkningstall per 31. desember 2015* Disponible en <https://legemiddelverket.no/Documents/Bivirkninger%20og%20sikkerhet/Rapporter%20vaksine/Oppdaterte%20bivirkningstall%20HPV-vaksine%2031.12.2015.pdf>.

Statens Serum Institut (2016), *Human papillomavirus-vaccine (HPV) 1, vaccinationstilslutning*. Disponible en: <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Sygdomsovervaagning/VaccinationSurveillance.aspx?axis=Cohort&vaccination=5&sex=0&landsdel=100&show=&datatype=Vaccination&extendedfilters=True>—HeaderText.

Stewart, E. A. (2016, 29/05/2015), «Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids)». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-diagnosis-and-natural-history-of-uterine-leiomyomas-fibroids>.

Stewart, E. G. (2016, 30/01/2015), «Clinical manifestations and diagnosis of generalized vulvodynia». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-generalized-vulvodynia>.

Stewart, E. G. (2015, 18/11/2015), «Differential diagnosis of sexual pain in women». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-sexual-pain-in-women>.

Strömqvist, L. (2014), *Kunskapens frukt*, Estocolmo, Galago.

Sweet, R. L. (2012), «Pelvic inflammatory disease: current concepts of diagnosis and management», *Current Infectious Disease Reports*, 14(2), 194-203.

Taylor, A. (2003), «Extent of the problem», *BMJ*, 327(7412), 434.

The Hymen Shop (2016), «The Artificial Hymen Kit». Disponible en: <http://www.hymenshop.com/>.

The Telegraph (2009), «Egyptians want to ban fake virginity kit». Disponible en: <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/africaandindianocean/egypt/6264741/Egypt-want-to-ban-fake-virginity-kit.html>.

Toffol, E., Heikinheimo, O., Koponen, P., Luoto, R., Partonen, T. (2011), «Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study», *Human Reproduction*, 26(11), 3085-3093.

Trevathan, W. R., Burleson, M. H., Gregory, W. L. (1993), «No evidence for menstrual synchrony in lesbian couples», *Psychoneuroendocrinology*, 18(5), 425-435.

Træen, B., Spitznogle, K., Beverfjord, A. (2004), «Attitudes and use of pornography in the Norwegian population 2002», *Journal of Sex Research*, 41(2), 193-200.

Træen, B., Stigum, H., Magnus, P. (2003), *Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 og 2002*.

Tulandi, T. (2015, 24/11/2015), «Reproductive issues in women with uterine leiomyomas (fibroids)». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/reproductive-issues-in-women-with-uterine-leiomyomas-fibroids>.

Tulandi, T., Al-Fozan, H. M. (2016, 07/11/2016), «Spontaneous abortion: Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation». Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-abortion-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>.

Turke, P. W. (1984), «Effects of ovulatory concealment and synchrony on protohominid mating systems and parental roles», *Ethology and Sociobiology*, 5(1), 33-44.

Tympanidis, P., Casula, M. A., Yiangou, Y., Terenghi, G., Dowd, P., Anand, P. (2004), «Increased vanilloid receptor VR1 innervation in vulvodynia», *European Journal of Pain*, 8(2), 129-133.

Tympanidis, P., Terenghi, G., Dowd, P. (2003), «Increased innervation of the vulval vestibule in patients with vulvodynia», *British Journal of Dermatology*,

148(5), 1021-1027.

ONUSida. Hoja informativa 2016. Disponible en:
<http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.

UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) (2012), *Unsafe abortion incidence and mortality Global and regional levels in 2008 and trends*. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_01/en/.

Vessey, M., Painter, R. (2006), «Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968-2004», *British Journal of Cancer*, 95(3), 385-389.

Vignæs, M. K., Spets, K., Quist, C. (2016, 15/09/2016), «Politiet slår alarm: Grenseløs sexkultur blant barn og unge». Disponible en:
http://pluss.vg.no/2016/08/20/2508/2508_23770417.

Wallace, W. H. B., Kelsey, T. W. (2010), «Human Ovarian Reserve from Conception to the Menopause», *PLOS ONE*, 5(1), e8772.

Wallen, K., Lloyd, E. A. (2011), «Female sexual arousal: Genital anatomy and orgasm in intercourse», *Hormones and Behavior*, 59(5), 780-792.

Weiss, B. D. (2005), «Selecting medications for the treatment of urinary incontinence», *American Family Physician*, 71(2), 315-322.

Whitley, N. (1978), «The first coital experience of one hundred women», *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 7(4), 41-45.

Wikipedia (2016, 08/09/2016), «Masturbate-a-thon». Disponible en:
<https://es.wikipedia.org/wiki/Masturbatón>.

Wikipedia (2016, 21/09/2016), «Sanitary napkin». Disponible en:
https://en.wikipedia.org/wiki/Sanitary_napkin.

Wilcox, A. J., Weinberg, C. R., Baird, D. D. (1995), «Timing of sexual intercourse in relation to ovulation—effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby», *New England Journal of Medicine*, 333(23), 1517-1521.

Wimpissinger, F., Stifter, K., Grin, W., Stackl, W. (2007), «The female prostate revisited: perineal ultrasound and biochemical studies of female ejaculate», *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1388-1393.

Yang, Z., Schank, J. C. (2006), «Women do not synchronize their menstrual cycles», *Human Nature*, 17(4), 433-447. Doi:10.1007/s12110-006-1005-z.

Yonkers, K. A., O'Brien, P. M. S., Eriksson, E., «Premenstrual syndrome», *The Lancet*, 371(9619), 1200-1210.

Zariat, I. (2016, 28/08/2016), «Rystende jomfrusjekk». Disponible en: <https://www.nrk.no/ytring/rystende-jomfrusjekk-1.13106033>.

Zuckerberg, M. (2015, 31/07/2015), «Priscilla and I have some exciting news: we're expecting a baby girl!». Disponible en: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10102276573729791&set=a.529237706231.2034669.4&type=1&theater>.



NINA BROCHMANN (2 de diciembre de 1987). Es una escritora y blogger de salud noruega. Trabaja como doctora en el Akershus University Hospital.

ELLEN STØKKEN DAHL (1991) es estudiante de medicina en la Universidad de Oslo.

Juntas han trabajado en temas de salud relacionados con la vida sexual, especialmente en relación con los jóvenes y las minorías. También participan en el blog Underlivet.

[1] Vignæs M. K., Spets K., Quist C., «Politiet slår alarm: Grenseløs sexkultur blant barn og unge», VG, 2016. Actualizado: 15.09.2016. Disponible en: http://pluss.vg.no/2016/08/20/2508/2508_23770417. <<

[2] Bergo I. G., Quist C., «Kunnskapsministeren om sexkulturen blant unge: — Skolen må ta mer ansvar», VG, 2016. Disponible en: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/kunnskapsministeren-om-sexkulturen-blant-unge-skolen-maa-ta-mer-ansvar/a/23770735/>. <<

[3] Boston University School of Medicine. Female Genital Anatomy. *Sexual Medicine*, 2002. Disponible en: <http://www.bumc.bu.edu/sexualmedicine/physicianinformation/female-genital-anatomy/>. <<

[4] Kilchevsky A., Vardi Y., Lowenstein L., Gruenwald I., «Is the Female G-Spot Truly a Distinct Anatomic Entity?», *The Journal of Sexual Medicine*, 2012;9(3):719-26. <<

[5] Buisson O., Foldes P., Jannini E., Mimoun S., «Coitus as Revealed by Ultrasound in One Volunteer Couple», *The Journal of Sexual Medicine*, 2010;7(8):2750-4. <<

[6] Darling C. A., Davidson J. K. Sr., Conway-Welch C., «Female ejaculation: perceived origins, the Grafenberg spot/area, and sexual responsiveness», *Archives of Sexual Behavior*, 1990;19(1):29-47. <<

[5-1] El anatomista Kobelt describió la estructura interna del clítoris en la década de 1840 y concluyó que los órganos genitales de la mujer y del hombre constaban de las mismas piedras angulares. <<

[7] O'Connell H. E., DeLancey J. O., «Clitoral anatomy in nulliparous, healthy, premenopausal volunteers using unenhanced magnetic resonance imaging», *The Journal of Urology*, 2005;173(6):2060-3. <<

[8] O'Connell H. E., Sanjeevan K. V., Hutson J. M., «Anatomy of the clitoris», *The Journal of Urology*, 2005;174(4 Pt 1):1189-95. <<

[9] Pauls R. N., «Anatomy of the clitoris and the female sexual response», *Clinical Anatomy*, 2015;28(3):376-84. <<

[10] Lloyd J., Crouch N. S., Minto C. L., Liao L. M., Creighton S. M., «Female genital appearance: “normality” unfolds», *BJOG*, 2005;112(5):643-6. <<

[11] Di Marino V., Lepidi H., «Anatomic Study of the Clitoris and the Bulbo-Clitoral Organ», *Springer International Publishing*; 2014; p. 91. <<

[12] Maravilla K. A., Heiman J. R., Garland P. A., Cao Y., Carter B. T., Peterson W. O., et al., «Dynamic MR Imaging of the Sexual Arousal Response in Women», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2003;29:71-6. <<

[13] Karacan I., Rosenbloom A. L., Williams R., «The clitoral erection cycle during sleep», *Journal of Sleep Research*, 1970;7:338. <<

[14] Fisher C., Cohen HD., Schiavi R. C., Davis D., Furman B., Ward K., et al., «Patterns of female sexual arousal during sleep and waking: Vaginal thermoconductance studies», *Archives of Sexual Behavior*, 1983;12(2):97-122. <<

[6-1] Referencia a la película *Kristin Lavransdatter*, dirigida por la actriz y directora de cine noruega Liv Ullman. (N. de las T). <<

[15] Nesheim B-I., «Deflorasjon», *Store Medisinske Leksikon*, 2009. Disponible en: <https://sml.snl.no/deflorasjon>. <<

[16] Smith A., «Thee prepubertal hymen», *Australian Family Physician*, 2011;40(11):873. <<

[17] Berenson A., Heger A., Andrews S., «Appearance of the Hymen in Newborns», *Pediatrics*, 1991;87(4):458-65. <<

[18] Whitley N., «The first coital experience of one hundred women», *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1978;7(4):41-5. <<

[19] Hägstad A. J., «Mödomen — mest myt!», *Läkartidningen*, 1990;87 (37): 2857-58. <<

[20] Zariat I., «Rystende jomfrusjekk», *NRK Ytring*, 2016 [actualizado 28/08/2016].
Disponible en: <https://www.nrk.no/ytring/rystende-jomfrusjekk-1.13106033>. <<

[21] Independent Forensic Expert Group, «Statement on virginity testing», *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2015;33:121-4. <<

[22] Adams J. A., Botash A. S., Kellogg N., «Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse», *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2004;158(3):280-5. <<

[23] Kellogg N. D., Menard SW., Santos A., «Genital anatomy in pregnant adolescents: “normal” does not mean “nothing happened”», *Pediatrics*, 2004;113:67-9. <<

[24] McCann J., Miyamoto S., Boyle C., Rogers K., «Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study», *Pediatrics*, 2007;119(5):1094-106. <<

[25] Berenson A. B., Chacko M. R., Wiemann C. M., Mishaw C. O., Friedrich W. N., Grady J. J., «Use of Hymenal Measurements in the Diagnosis of Previous Penetration», *Pediatrics*, 2002;109(2):228-35. <<

[26] Myhre A. K., Borgen G., Ormstad K., «Seksuelle overgrep mot prepubertale barn», *Tidsskri for Den norske legeförening*, 2006;126(19): 2511. <<

[27] Hasselknippe O., Stokke O., «Volvat slutter å selge jomfruhinner», *Aftenposten*, 2006 [actualizado 19/10/2011]. Disponible en: <http://www.aftenposten.no/norge/Volvat-slutter-a-selge-jomfruhinner-423873b.html>.
<<

[28] Førde R., «Operativ rekonstruksjon av jomfruhinne», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2002;122:1709. <<

[29] The Hymen Shop. The Artificial Hymen Kit. The Hymen Shop 2016. Disponible en: <http://www.hymenshop.com/>. <<

[30] The Telegraph «Egyptians want to ban fake virginity kit», *The Telegraph*, 2009.
Disponible en:
<http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/africaandindianocean/egypt/6264741/Egypt-want-to-ban-fake-virginity-kit.html>. <<

[31] Paus R., Cotsarelis G., «The biology of hair follicles», *The New England Journal of Medicine*, 1999;341(7):491-7. <<

[31-1] Paus R., Cotsarelis G., «The biology of hair follicles», *The New England Journal of Medicine*, 1999;341(7):491-7. <<

[32] Olsen E. A., «Methods of hair removal», *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1999;40:143-55;56-7. <<

[33] Shenenberger D. W., «Removal of unwanted hair», Waltham, MA, UpToDate 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/removal-of-unwanted-hair>.
<<

[33-2] Shenenberger D. W., «Removal of unwanted hair», Waltham, MA, UpToDate 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/removal-of-unwanted-hair>.
<<

[34] Goldstein B. G., Goldstein A. O., «Pseudofolliculitis barbae», Waltham, MA, UpToDate 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pseudofolliculitis-barbae>. <<

[9-1] Con la edad, la calidad de los espermatozoides se resiente; es decir, la edad del hombre también influye en la fertilidad de la pareja y en el riesgo de que el niño nazca con alguna enfermedad congénita. (*N. de las T.*). <<

[35] Murakami H., «Kafka on the Shore», Londres, Vintage, 2005. [Hay trad. cast.: *Kafka en la orilla*. Barcelona: Tusquets, 2006]. <<

[36] Wallace W. H. B., Kelsey T. W., «Human Ovarian Reserve from Conception to the Menopause», *PLOS ONE*, 2010;5(1):e8772. <<

[36-1] Wallace W. H. B., Kelsey T. W., «Human Ovarian Reserve from Conception to the Menopause», *PLOS ONE*, 2010;5(1):e8772. <<

[37] Tanbo T. G., correo electrónico del doctor en medicina Tom Gunnar Tanbo, exjefe médico de la sección de medicina reproductiva del departamento de ginecología, Hospital Universitario de Oslo, 2016. <<

[10-1] En realidad, las probabilidades no son exactamente 50/50. Por alguna razón, cuando la naturaleza sigue su curso, nacen más niños que niñas. <<

[10-2] Hay muchas opiniones sobre el concepto «intersexo». Puede emplearse para describir una serie de situaciones médicas o una identidad. Lo consideramos un término adecuado para aludir a las variaciones físicas entre el desarrollo femenino y el masculino, aunque sabemos que hay quienes prefieren usar otros conceptos al hablar de sí mismos. <<

[38] Diseth T., correo electrónico del catedrático y psiquiatra infantil y juvenil Trond Diseth, Hospital General de Oslo, 2016. <<

[12-1] El *Trichomonas vaginalis* es un pequeño parásito que ocasiona la tricomoniasis. Es una enfermedad poco habitual en Noruega, pero una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en todo el mundo. En ocasiones provoca molestias intensas con picores en la vulva y la vagina, flujo maloliente y escozor al orinar; otras veces es asintomática. No es una infección grave y se trata con metronidazol, un antibiótico. <<

[39] Sobel J. D., «Patient education: Vaginal discharge in adult women (Beyond the Basics)», Waltham, MA, UpToDate 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/vaginal-discharge-in-adult-women-beyond-the-basics>. <<

[40] Dyall-Smith D., «Trimethylaminuria», *DermNet New Zealand*, 2016. Disponible en: <http://www.dermnetnz.org/topics/trimethylaminuria/>. <<

[13-1] Es una simplificación del concepto *spontaneous decidualization*, empleado por Emera en su artículo. El proceso de caducidad implica, de hecho, mucho más que el crecimiento de la membrana mucosa. <<

[41] Emera D., Romero R., Wagner G., «The evolution of menstruation: A new model for genetic assimilation», *BioEssays*, 2012;34(1):26-35. <<

[42] Frank L., «Blodig Uenighet», *Morgenbladet*, 10/06/2016. <<

[43] McClintock M. K., «Menstrual synchrony and suppression», *Nature*, 1971;229(5282):244 <<

[44] Turke P. W., «Effects of ovulatory concealment and synchrony on protohominid mating systems and parental roles», *Ethology and Sociobiology*, 1984;5(1):33-44. <<

[45] Arden M., Dye L., Walker A., «Menstrual synchrony: awareness and subjective experiences», *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1999;17(3):255-65. <<

[46] Trevathan W. R., Burleson M. H., Gregory W. L., «No evidence for menstrual synchrony in lesbian couples», *Psychoneuroendocrinology*, 1993;18(5):425-35. <<

[47] Yang Z., Schank J. C., «Women do not synchronize their menstrual cycles», *Human Nature*, 2006;17(4):433-47. <<

[48] Dillner L., «Do women's periods really synchronise when they live together?», *The Guardian*, 2016 [actualizado 15/09/2016]. Disponible en: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2016/aug/15/periods-housemates-menstruation-synchronise>. <<

[49] Wikipedia, «Sanitary napkin», *Wikipedia*, 2016 [actualizado 21/09/2016].
Disponible en: https://en.wikipedia.org/wiki/Sanitary_napkin. <<

[50] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Toksisk sjokksyndrom (TSS)», *NEL*, 2014 [actualizado 22/01/2014]. Disponible en: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/infeksjoner/tilstander-og-sykdommer/bakteriesykdommer/toksisk-sjokk-syndrom/>. <<

[51] Mitchell M. A., Bisch S., Arntfield S., Hosseini-Moghaddam S. M., «A confirmed case of toxic shock syndrome associated with the use of a menstrual cup», *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 2015;26(4):218-20. <<

[52] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Premenstruelt syndrom», *NEL*, 2015 [actualizado 06/09/2015]. Disponible en: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/menstruasjonsproblemer/premenstruelt-syndrom/>. <<

[52-1] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Premenstruelt syndrom», *NEL*, 2015
[actualizado 06/09/2015]. Disponible en:
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/menstruasjonsproblemer/premenstruelt-syndrom/>. <<

[52-2] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Premenstruelt syndrom», *NEL*, 2015
[actualizado 06/09/2015]. Disponible en:
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/menstruasjonsproblemer/premenstruelt-syndrom/>. <<

[53] Yonkers K. A., O'Brien P. M. S., Eriksson E., «Premenstrual syndrome», *The Lancet*, 2008;371(9619):1200-10. <<

[54] Grady-Weliky T. A., «Premenstrual Dysphoric Disorder», *New England Journal of Medicine*, 2003;348(5):433-8. <<

[55] Wilcox A. J., Weinberg C. R., Baird D. D., «Timing of sexual intercourse in relation to ovulation—effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby», *New England Journal of Medicine*, 1995;333(23):1517-21. <<

[19-1] No siempre es así. Es posible excitarse sin que la zona se humedezca, y viceversa: puede humedecerse la zona sin que haya excitación. Puedes leer más sobre el tema en el capítulo dedicado al deseo sexual. <<

[56] Træen B., Stigum H., Magnus P., «Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 y 2002», Oslo: *Statens institutt for folkehelse*, 2003. <<

[56-1] Træen B., Stigum H., Magnus P., «Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 y 2002», Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2003. <<

[57] Træen B., Spitznogle K., Beverfjord A., «Attitudes and use of pornography in the Norwegian population 2002», *Journal of Sex Research*, 2004;41(2):193-200. <<

[58] Mercer C. H., Tanton C., Prah P., Erens B., Sonnenberg P., Clifton S., et al., «Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal)», *The Lancet*, 2013;382(9907): 1781-94. <<

[59] Marston C., Lewis R., «Anal heterosex among young people and implications for health promotion: a qualitative study in the UK», *BMJ open*, 2014;4(8):e004996. <<

[60] Christopher F. S., Sprecher S., «Sexuality in Marriage, Dating, and Other Relationships: A Decade Review», *Journal of Marriage and Family*, 2000;62(4):999-1017. <<

[60-1] Christopher F. S., Sprecher S., «Sexuality in Marriage, Dating, and Other Relationships: A Decade Review», *Journal of Marriage and Family*, 2000;62(4):999-1017. <<

[61] Bernard M. L. R., «How Often Do Queer Women Have Sex?», *Autostraddle*, 2015 [actualizado 30/03/2015]. Disponible en: <http://www.autostraddle.com/how-often-do-lesbians-have-sex-283731/>. <<

[61-1] Bernard M. L. R., «How Often Do Queer Women Have Sex?», *Autostraddle*, 2015 [actualizado 30/03/2015]. Disponible en: <http://www.autostraddle.com/how-often-do-lesbians-have-sex-283731/>. <<

[62] Stabell K., Mortensen B., Træen B., «Samleiefrekvens: Prevalens og prediktorer i et tilfeldig utvalg norske gifte og samboende heteroseksuelle par», *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 2008; 45:683-94. <<

[62-1] Stabell K., Mortensen B., Træen B., «Samleiefrekvens: Prevalens og prediktorer i et tilfeldig utvalg norske gifte og samboende heteroseksuelle par», *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 2008; 45:683-94. <<

[62-2] Stabell K., Mortensen B., Træen B., «Samleiefrekvens: Prevalens og prediktorer i et tilfeldig utvalg norske gifte og samboende heteroseksuelle par», *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 2008; 45:683-94. <<

[63] Klusmann D., «Sexual motivation and the duration of partnership», *Archives of Sexual Behavior*, 2002;31(3):275-87. <<

[64] Murray S. H., MiLHausen R. R., «Sexual desire and relationship duration in young men and women», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2012;38(1):28-40. <<

[65] Rao K. V., Demaris A., «Coital frequency among married and cohabiting couples in the United States», *Journal of Biosocial Science*, 1995;27 (2):135-50. <<

[66] Muise A., Schimmack U., Impett E. A., «Sexual frequency predicts greater well-being, but more is not always better», *Social Psychological and Personality Science*, 2016;7(4):295-302. <<

[67] Sprecher S., «Sexual satisfaction in premarital relationships: associations with satisfaction, love, commitment, and stability», *Journal of Sex Research*, 2002;39(3):190-6. <<

[68] Haavio-Mannila E., Kontula O., «Correlates of increased sexual satisfaction», *Archives of Sexual Behavior*, 1997;26(4):399-419. <<

[69] Frederick D. A., Lever J., Gillespie B. J., Garcia J. R., «What Keeps Passion Alive? Sexual Satisfaction Is Associated With Sexual Communication, Mood Setting, Sexual Variety, Oral Sex, Orgasm, and Sex Frequency in a National U.S. Study», *Journal of Sex Research*, 2016:1-16. <<

[70] MacNeil S., Byers E. S., «Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples», *Journal of Social and Personal Relationships*, 2005;22(2):169-81. <<

[71] Montesi J. L., Fauber R. L., Gordon E. A., Heimberg R. G., «The specific importance of communicating about sex to couples' sexual and overall relationship satisfaction», *Journal of Social and Personal Relationships*, 2011;28(5):591-609. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0265407510386833> <<

[72] Richters J., Visser R., Rissel C., Smith A., «Sexual practices at last heterosexual encounter and occurrence of orgasm in a national survey», *Journal of Sex Research*, 2006;43(3):217-26. <<

[73] Mitchell K. R., Mercer C. H., Ploubidis G. B., Jones K. G., Datta J., Field N., et al., «Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)», *The Lancet*, 2013;382(9907):1817-29. <<

[74] Basson R., «Sexual Desire and Arousal Disorders in Women», *New England Journal of Medicine*, 2006;354(14):1497-506. <<

[75] Shifren J. L., «Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 04/04/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-women-epidemiology-risk-factors-and-evaluation>. <<

[76] Basson R., Leiblum S., Brotto L., Derogatis L., Fourcroy J., Fugl-Meyer K., et al., «Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision», *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2003;24(4):221-9.
<<

[77] Brotto L. A., Petkau A. J., Labrie F., Basson R., «Predictors of sexual desire disorders in women», *Journal of Sexual Medicine*, 2011;8(3):742-53. <<

[77-1] Brotto L. A., Petkau A. J., Labrie F., Basson R., «Predictors of sexual desire disorders in women», *Journal of Sexual Medicine*, 2011;8(3):742-53. <<

[78] Nagoski E., *Come as you are — the surprising new science that will transform your sex life*, New York, Simon and Schuster Paperbacks, 2015. <<

[78-1] Nagoski E., *Come as you are — the surprising new science that will transform your sex life*, New York, Simon and Schuster Paperbacks, 2015. <<

[78-2] Nagoski E., *Come as you are — the surprising new science that will transform your sex life*, New York, Simon and Schuster Paperbacks, 2015. <<

[78-3] Nagoski E., *Come as you are — the surprising new science that will transform your sex life*, New York, Simon and Schuster Paperbacks, 2015. <<

[78-4] Nagoski E., *Come as you are — the surprising new science that will transform your sex life*, New York, Simon and Schuster Paperbacks, 2015. <<

[78-5] Nagoski E., *Come as you are — the surprising new science that will transform your sex life*, New York, Simon and Schuster Paperbacks, 2015. <<

[79] Roach M., *BONK — The Curious Coupling of Science and Sex*, New York, W. W. Norton and Company, 2008. [Hay trad. cast.: *Entre piernas: la extraordinaria cópula de ciencia y sexo*, Barcelona, Global Rhythm, 2001]. <<

[79-1] Roach M., *BONK — The Curious Coupling of Science and Sex*, New York, W. W. Norton and Company, 2008. [Hay trad. cast.: *Entre piernas: la extraordinaria cópula de ciencia y sexo*, Barcelona, Global Rhythm, 2001]. <<

[79-2] Roach M., *BONK — The Curious Coupling of Science and Sex*, New York, W. W. Norton and Company, 2008. [Hay trad. cast.: *Entre piernas: la extraordinaria cópula de ciencia y sexo*, Barcelona, Global Rhythm, 2001]. <<

[79-3] Roach M., *BONK — The Curious Coupling of Science and Sex*, New York, W. W. Norton and Company, 2008. [Hay trad. cast.: *Entre piernas: la extraordinaria cópula de ciencia y sexo*, Barcelona, Global Rhythm, 2001]. <<

[79-4] Roach M., *BONK — The Curious Coupling of Science and Sex*, New York, W. W. Norton and Company, 2008. [Hay trad. cast.: *Entre piernas: la extraordinaria cópula de ciencia y sexo*, Barcelona, Global Rhythm, 2001]. <<

[80] Chivers M. L., Seto M. C., Lalumiere M. L., Laan E., Grimbos T., «Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis», *Archives of Sexual Behavior*, 2010;39(1):5-56. <<

[80-1] Chivers M. L., Seto M. C., Lalumiere M. L., Laan E., Grimbos T., «Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis», *Archives of Sexual Behavior*, 2010;39(1):5-56. <<

[80-2] Chivers M. L., Seto M. C., Lalumiere M. L., Laan E., Grimbos T., «Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis», *Archives of Sexual Behavior*, 2010;39(1):5-56. <<

[81] Basson R., McInnes R., Smith M. D., Hodgson G., Koppiker N., «Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder», *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 2002;11(4):367-77. <<

[82] Shifren J. L., «Sexual dysfunction in women: Management», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 19/05/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-women-management>. <<

[83] Davis S., Papalia M-A., Norman R. J., O'Neill S., Redelman M., Williamson M., et al., «Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women: a randomized trial», *Annals of Internal Medicine*, 2008;148(8):569-77. <<

[83-1] Davis S., Papalia M-A., Norman R. J., O'Neill S., Redelman M., Williamson M., et al., «Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women: a randomized trial», *Annals of Internal Medicine*, 2008;148(8):569-77. <<

[84] Clayton A. H., Althof S. E., Kingsberg S., DeRogatis L. R., Kroll R., Goldstein I., et al., «Bremelanotide for female sexual dysfunctions in premenopausal women: a randomized, placebo-controlled dose-finding trial», *Women's Health*, 2016;12(3):325-37. <<

[85] Bradford A., Meston C., «Correlates of placebo response in the treatment of sexual dysfunction in women: a preliminary report», *The Journal of Sexual Medicine*, 2007;4(5):1345-51. <<

[85-1] Bradford A., Meston C., «Correlates of placebo response in the treatment of sexual dysfunction in women: a preliminary report», *The Journal of Sexual Medicine*, 2007;4(5):1345-51. <<

[86] Meston C. M., Levin R. J., Sipski M. L., Hull E. M., Heiman J. R., «Women's orgasm», *Annual Review of Sex Research*, 2004;15:173-257. <<

[87] Mah K., Binik Y. M., «The nature of human orgasm: a critical review of major trends», *Clinical Psychology Review*, 2001;21(6):823-56. <<

[87-1] Mah K., Binik Y. M., «The nature of human orgasm: a critical review of major trends», *Clinical Psychology Review*, 2001;21(6):823-56. <<

[88] Wikipedia, «Masturbate-a-thon», *Wikipedia*, 2016 [actualizado 08/09/ 2016].
Disponible en: <https://en.wikipedia.org/wiki/Masturbate-a-thon>. <<

[89] Puppo V., «Embryology and anatomy of the vulva: The female orgasm and women's sexual health», *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2011;154(1):3-8. <<

[90] Wallen K., Lloyd E. A., «Female sexual arousal: Genital anatomy and orgasm in intercourse», *Hormones and Behavior*, 2011;59(5):780-92. <<

[90-1] Wallen K., Lloyd E. A., «Female sexual arousal: Genital anatomy and orgasm in intercourse», *Hormones and Behavior*, 2011;59(5):780-92. <<

[91] Korda J. B., Goldstein S. W., Sommer F., «Sexual Medicine History: The History of Female Ejaculation», *The Journal of Sexual Medicine*, 2010;7(5):1965-75. <<

[92] Rosen R., «No female ejaculation, please, we're British: a history of porn and censorship», *The Independent*, 2014 [actualizado 04/ 12/2014]. Disponible en: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/no-female-ejaculation-please-we-re-british-a-history-of-porn-and-censorship-9903054.html>. <<

[93] Pollen J. J., Dreilinger A., «Immunohistochemical identification of prostatic acid phosphatase and prostate specific antigen in female periurethral glands», *Urology*, 1984;23(3):303-4.0 <<

[94] Wimpissinger F., Stifter K., Grin W., Stackl W., «The female prostate revisited: perineal ultrasound and biochemical studies of female ejaculate», *Journal of Sexual Medicine*, 2007;4(5):1388-93. <<

[94-1] Wimpissinger F., Stifter K., Grin W., Stackl W., «The female prostate revisited: perineal ultrasound and biochemical studies of female ejaculate», *Journal of Sexual Medicine*, 2007;4(5):1388-93. <<

[95] Salama S., Boitrelle F., Gauquelin A., Malagrida L., Thiounn N., Desvaux P., «Nature and Origin of “Squirting” in Female Sexuality», *The Journal of Sexual Medicine*, 2015;12(3):661-6. <<

[96] Pastor Z., «Female ejaculation orgasm vs. coital incontinence: a systematic review», *Journal of Sexual Medicine*, 2013;10(7):1682-91. <<

[97] Laqueur T., «Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud», Boston, MA, Harvard University Press, 1992. [Hay trad. cast.: *La construcción social del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid: Ediciones Cátedra; 1994]. <<

[97-1] Laqueur T., «Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud», Boston, MA, Harvard University Press, 1992. [Hay trad. cast.: *La construcción social del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid: Ediciones Cátedra; 1994]. <<

[98] Freud S., *Three essays on the theory of sexuality*, 1905. [Hay trad. cast.: *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*, Madrid, Alianza Editorial, 2012]. <<

[99] Levin R. J., «Recreation and procreation: A critical view of sex in the human female», *Clinical Anatomy*, 2015;28(3):339-54. <<

[100] Angel K., «The history of “female sexual dysfunction” as a mental disorder in the 20th century», *Current Opinion in Psychiatry*, 2010;23(6):536. <<

[101] Oakley S. H., Vaccaro C. M., Crisp C. C., Estanol M., Fellner A. N., Kleeman S. D., et al., «Clitoral size and location in relation to sexual function using pelvic MRI», *The Journal of Sexual Medicine*, 2014;11 (4):1013-22. <<

[102] Strömquist L., *Kunskapens frukt*, Estocolmo, Galago, 2014. <<

[103] Garcia J. R., Lloyd E. A., Wallen K., Fisher H. E., «Variation in orgasm occurrence by sexual orientation in a sample of U.S. singles», *Journal of Sexual Medicine*, 2014;11(11):2645-52. <<

[104] Dunn K. M., Cherkas L. F., Spector T. D., «Genetic influences on variation in female orgasmic function: a twin study», *Biology Letters*, 2005;1(3):260-3. <<

[105] Dawood K., Kirk K. M., Bailey J. M., Andrews P. W., Martin N. G., «Genetic and environmental influences on the frequency of orgasm in women», *Twin Research and Human Genetics*, 2005;8(1):27-33. <<

[106] Armstrong E. A., England P., Fogarty A. C., «Accounting for women's orgasm and sexual enjoyment in college hookups and relationships», *American Sociological Review*, 2012;77(3):435-62. <<

[107] Kohlenberg R. J., «Directed masturbation and the treatment of primary orgasmic dysfunction», *Archives of Sexual Behavior*, 1974;3(4):349-56. <<

[108] Bradford A., «Treatment of female orgasmic disorder», Waltham, MA, UpToDate 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-female-orgasmic-disorder>. <<

[109] Eichel E. W., Eichel J. D., Kule S., «The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1988;14(2):129-41. <<

[110] Pierce A. P., «The coital alignment technique (CAT): an overview of studies», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000;26(3):257-68. <<

[111] Rosenbaum T. Y., «Reviews: Pelvic Floor Involvement in Male and Female Sexual Dysfunction and the Role of Pelvic Floor Rehabilitation in Treatment: A Literature Review», *The Journal of Sexual Medicine*, 2007;4(1):4-13. <<

[112] Lorenz T. A., Meston C. M., «Exercise improves sexual function in women taking antidepressants: results from a randomized crossover trial», *Depression and Anxiety*, 2014;31(3):188-95. <<

[113] Johansen M., «P-piller», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[114] Johansen M., «P-ring», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[115] Johansen M., «P-plaster», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[116] Johansen M., «P-stav», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[117] Johansen M., «Hormonspiral», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[117-1] Johansen M., «Hormonspiral», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[118] Johansen M., «Gestagen p-piller», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[119] Johansen M., «Minipiller», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[120] Johansen M., «P-sprøyte», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[121] Jennings V., «Fertility awareness-based methods of pregnancy prevention», Waltham, MA, UpToDate 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/fertility-awareness-based-methods-of-pregnancy-prevention>. <<

[122] Johansen M., «Kobberspiral», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[123] Dean G., Goldberg A. B., «Intrauterine contraception: Devices, candidates, and selection», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 15/09/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-devices-candidates-and-selection>. <<

[124] Nesheim B-I., Prevensjon., en Maltau J. M., Molne K., Nesheim B-I., editores. *Obstetrikk og gynekologi*. 3. utgave. Oslo, Gyldendal Akademisk, 2015. p. 313-4. <<

[125] Johansen M., «Nødprevensjon: levonorgestrel», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[126] Bordvik M., «P-pille-bruk kan ødelegge e ekten av angrepille», *Dagens Medisin*, 2016 [actualizado 07/06/2016]. Disponible en: <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/06/angrepille-kan-odelegge-p-pille-effekt/>. <<

[122-1] Johansen M., «Kobberspiral», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[127] Johansen M., «Nødprevensjon: Ulipristalacetat», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[22-1] Por supuesto, la clasificación de los tipos de deseo es asimismo válida para los hombres. Ellos también experimentan el deseo reactivo, si bien entre los varones se da en menos casos como forma principal de deseo. Según Nagoski, alrededor del 75 por ciento de los hombres experimenta, ante todo, el deseo espontáneo, en comparación con el 15 por ciento de las mujeres. El 5 por ciento de los hombres tiene deseo reactivo como forma principal, en comparación con el 30 por ciento de las mujeres. <<

[22-2] La ausencia o pérdida de libido es un diagnóstico en la clasificación internacional de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Se puede recibir el diagnóstico aunque se experimenten placer y excitación sexual. En el sistema de diagnósticos americano DSM-V se ha eliminado el diagnóstico correspondiente. <<

[23-1] La explicación que sigue está inspirada en el maravilloso cómic de Liv Strömquist *Kunskapens frukt* (Galago, 2014). <<

[24-1] Es un error habitual pensar que el máximo teórico del índice de Pearl es 100, como si se hablase de porcentajes. Sin embargo, si todas las mujeres de un determinado estudio se quedasen embarazadas durante su primer ciclo, el índice de Pearl sería de aproximadamente 1200. Resulta bastante confuso, y en realidad no es tan importante, a menos que seas un poco friki. Como nosotras. <<

[24-2] Los datos actualizados están disponibles en todo momento en la página web de la OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/> (*N. de las T.*). <<

[30-1] Los números varían de un estudio a otro dependiendo de la edad y la clase de población investigada. El riesgo subyacente de tromboembolismos se incrementa a medida que aumentan la edad y el peso, así como en fumadoras. <<

[31-8] Un defecto de estos estudios es que se han realizado en mujeres que emplearon la anticoncepción hormonal por motivos distintos de la prevención del embarazo, por ejemplo, por problemas de acné o por dolores menstruales intensos. En consecuencia, cabe pensar que estas mujeres son diferentes de otras que usan anticonceptivos hormonales y que este hecho influye en el resultado. Es posible, por ejemplo, que las mujeres con acné estén más deprimidas. <<

[31-9] La administración de testosterona se ha ensayado, principalmente, en mujeres que han pasado la menopausia o a las que han extirpado los ovarios tras un cáncer. Se sabe poco sobre el riesgo a largo plazo del uso de testosterona y, si se produce un embarazo mientras se toma, el embrión puede verse perjudicado. En uno de los estudios controlados aleatorios entre mujeres jóvenes (35-46 años), se descubrió que la testosterona tenía un efecto muy pequeño, si lo tenía, en el deseo sexual. El efecto placebo, en cambio, era elevado. <<

[124-1] Nesheim B-I., Prevensjon., en Maltau J. M., Molne K., Nesheim B-I., editores. *Obstetrikk og gynekologi*. 3. utgave. Oslo, Gyldendal Akademisk, 2015. p. 313-4. <<

[35-2] Usamos la expresión «hombres que tienen sexo con hombres», en vez del término «homosexual», porque un hombre puede tener sexo con otros hombres sin identificarse como homosexual. La orientación sexual no tiene por qué coincidir con el tipo de relaciones sexuales que se mantienen. <<

[50-1] Actualmente, en algunas regiones de Noruega se está llevando a cabo un proyecto piloto que consiste en efectuar la prueba del VPH en vez de la citología. Las infectadas por el VPH 16 o 18 reciben una cita para que se realicen una citología. Es muy probable que esta sea la forma de cribado que se lleve a cabo en Noruega en el futuro, tal vez dentro de pocos años. De esta manera, muchas noruegas se ahorrarán exámenes ginecológicos y toma de muestras celulares, y solo se examinará a las que corran mayor riesgo de experimentar cambios celulares. <<

[50-2] El 60 por ciento de los cambios leves remiten espontáneamente. Solo el 10 por ciento evolucionará hacia cambios graves y el 1 por ciento conducirá a un cáncer. <<

[51-1] El riesgo relativo del aborto espontáneo era de 1,32 para las fumadoras durante el embarazo en comparación con las no fumadoras. En este ejemplo hemos supuesto que el riesgo de sufrir un aborto espontáneo es del 20 por ciento. Quizá sea demasiado alto, pero lo hemos escogido para ilustrar el riesgo relativo de una manera comprensible. <<

[38-1] En el libro *Entre piernas: la extraordinaria cópula de ciencia y sexo*, Mary Roach relata el encuentro de la investigadora Mary Bonaparte con mujeres egipcias mutiladas que seguían masturbándose mediante la estimulación de las cicatrices del clítoris. <<

[128] OMS. Planificación familiar/Anticoncepción. <<

[129] Johansen M., «Prevensjonsmidler», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[129-1] Johansen M., «Prevensjonsmidler», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[130] Karlsen S. G., Jonassen T. H., Suvatne S. S., «Anbefaler naturlig prevensjon og påstår at den er 99,9% sikker», *Dagbladet*, 2015 [actualizado 26/06/2015].
Disponibile en:
http://www.dagbladet.no/2015/06/29/kjendis/blogg/prevensjon/caroline_berg_eriksen/
<<

[131] Berglund Scherwitzl E., Gemzell Danielsson K., Sellberg J. A., Scherwitzl R., «Fertility awareness-based mobile application for contraception», *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2016;21(3):234-41. <<

[132] Juvkam K. H., Gudim H. B., «Medikamentell forskyvning av menstruasjon», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2013; 133:166-8. <<

[133] LegemiddeLHåndboken, «Perorale gestagener», *Norsk LegemiddeLHåndbok*, 2016 [actualizado 13/09/2016]. Disponible en: <http://legemiddeLHandboka.no/legemidler/?frid=lk-03-endokr-7205>. <<

[134] Rosenberg M. J., Waugh M. S., «Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998;179(3):577-82. <<

[134-1] Rosenberg M. J., Waugh M. S., «Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998;179(3):577-82. <<

[135] Barsky A. J., Saintfort R., Rogers M. P., Borus J. F., «Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon», *JAMA*, 2002;287 (5):622-7. <<

[135-1] Barsky A. J., Saintfort R., Rogers M. P., Borus J. F., «Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon», *JAMA*, 2002;287 (5):622-7. <<

[136] Peipert J. F., Gutmann J., «Oral contraceptive risk assessment: a survey of 247 educated women», *Obstetrics & Gynecology*, 1993;82(1): 112-7. <<

[137] Grimes D. A., Schulz K. F., «Nonspecific side effects of oral contraceptives: nocebo or noise?», *Contraception*, 2011;83(1):5-9. <<

[137-1] Grimes D. A., Schulz K. F., «Nonspecific side effects of oral contraceptives: nocebo or noise?», *Contraception*, 2011;83(1):5-9. <<

[137-2] Grimes D. A., Schulz K. F., «Nonspecific side effects of oral contraceptives: nocebo or noise?», *Contraception*, 2011;83(1):5-9. <<

[138] Martin K. A., Douglas P. S., «Risks and side effects associated with estrogen-progestin contraceptives», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 22/08/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/risks-and-side-effects-associated-with-estrogen-progestin-contraceptives>. <<

[138-1] Martin K. A., Douglas P. S., «Risks and side effects associated with estrogen-progestin contraceptives», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 22/08/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/risks-and-side-effects-associated-with-estrogen-progestin-contraceptives>. <<

[138-2] Martin K. A., Douglas P. S., «Risks and side effects associated with estrogen-progestin contraceptives», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 22/08/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/risks-and-side-effects-associated-with-estrogen-progestin-contraceptives>. <<

[138-3] Martin K. A., Douglas P. S., «Risks and side effects associated with estrogen-progestin contraceptives», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 22/08/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/risks-and-side-effects-associated-with-estrogen-progestin-contraceptives>. <<

[139] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Melasma», *NEL*, 2015 [actualizado 28/12/2015]. Disponible en: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/hud/tilstander-og-sykdommer/pigmenterte-lesjoner/melasma-kloasma/>. <<

[140] Gallo M. F., Grimes D. A., Schulz K. F., Helmerhorst F. M., «Combination estrogen— progestin contraceptives and body weight: systematic review of randomized controlled trials», *Obstetrics & Gynecology*, 2004;103(2):359-73. <<

[141] Moen M. H., «Selvvalgt menstruasjon», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2013; 133:131. <<

[142] Charlton B. M., Rich-Edwards J. W., Colditz G. A., Missmer S. A., Rosner B. A., Hankinson S. E., et al., «Oral contraceptive use and mortality after 36 years of follow-up in the Nurses' Health Study: prospective cohort study», *BMJ*, 2014;349:g6356. <<

[143] Kaunitz A. M., «Patient education: Hormonal methods of birth control (Beyond the Basics)», Waltham, MA, UpToDate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hormonal-methods-of-birth-control-beyond-the-basics?source=see_link. <<

[144] Heit J. A., Kobbervig C. E., James A. H., Petterson T. M., Bailey K. R., Melton L. J., «Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study», *Annals of Internal Medicine*, 2005;143(10):697-706. <<

[145] Lidegaard O., Lokkegaard E., Jensen A., Skovlund C. W., Keiding N., «Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception», *The New England Journal of Medicine*, 2012;366(24): 2257-66. <<

[146] Hannaford P. C., Selvaraj S., Elliott A. M., Angus V., Iversen L., Lee A. J., «Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study», *BMJ*, 2007;335(7621):651. <<

[147] Beral V., Doll R., Hermon C., Peto R., Reeves G., «Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls», *The Lancet*, 2008;371(9609):303-14. <<

[148] Vessey M., Painter R., «Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968-2004», *British Journal of Cancer*, 2006; 95(3):385-9. <<

[149] Appleby P., Beral V., Berrington de González A., Colin D., Franceschi S., Goodhill A., et al., «Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies», *The Lancet*, 2007;370(9599):1609-21. <<

[150] Stanislaw H., Rice F. J., «Correlation between sexual desire and menstrual cycle characteristics», *Archives of Sexual Behavior*, 1988; 17(6):499-508. <<

[151] Caruso S., Agnello C., Malandrino C., Lo Presti L., Cicero C., Cianci S., «Do hormones influence women's sex? Sexual activity over the menstrual cycle», *Journal of Sexual Medicine*, 2014;11(1):211-21. <<

[152] Bellis M. A., Baker R. R., «Do females promote sperm competition? Data for humans», *Animal Behaviour*, 1990;40(5):997-9. <<

[153] Lindh I., Blohm F., Andersson-Ellstrom A., Milsom I., «Contraceptive use and pregnancy outcome in three generations of Swedish female teenagers from the same urban population», *Contraception*, 2009;80(2):163-9. <<

[154] Brunner Huber L. R., Hogue C. J., Stein A. D., Drews C., Ziemann M., King J., et al., «Contraceptive use and discontinuation: Findings from the contraceptive history, initiation, and choice study», *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2006; 194(5):1290-5. <<

[155] O'Connell K., Davis A. R., Kerns J., «Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls», *Contraception*, 2007;75(4):299-304. <<

[156] Redmond G., Godwin A. J., Olson W., Lippman J. S., «Use of placebo controls in an oral contraceptive trial: methodological issues and adverse event incidence», *Contraception*, 1999;60(2):81-5. <<

[157] Graham C. A., Sherwin B. B., «The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenstrual symptoms», *Psychoneuroendocrinology*, 1993;18(4):273-81. <<

[158] Graham C. A., Ramos R., Bancro J., Maglaya C., Farley T. M., «The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: a double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods», *Contraception*, 1995;52 (6):363-9. <<

[159] Gingnell M., Engman J., Frick A., Moby L., Wikstrom J., Fredrikson M., et al., «Oral contraceptive use changes brain activity and mood in women with previous negative affect on the pill-a double-blinded, placebo-controlled randomized trial of a levonorgestrel-containing combined oral contraceptive», *Psychoneuroendocrinology*, 2013;38 (7):1133-44. <<

[160] Jacobi F., Wittchen H. U., Holting C., Hofler M., Pfister H., Muller N., et al., «Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS)», *Psychological Medicine*, 2004;34(4):597-611. <<

[161] Joffe H., Cohen L. S., Harlow B. L., «Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: predictors of improvement and deterioration», *American Journal of Obstetrics and Gyneology*, 2003;189 (6):1523-30. <<

[162] Duke J. M., Sibbritt D. W., Young A. F., «Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women?», *Contraception*, 2007;75(1):27-31. <<

[163] Keyes K. M., Cheslack-Postava K., Westho C., Heim C. M., Haloossim M., Walsh K., et al., «Association of hormonal contraceptive use with reduced levels of depressive symptoms: a national study of sexually active women in the United States», *American Journal of Epidemiology*, 2013;178(9):1378-88. <<

[164] Toffol E., Heikinheimo O., Koponen P., Luoto R., Partonen T., «Hormonal contraception and mental health: results of a populationbased study», *Human Reproduction*, 2011;26(11):3085-93. <<

[165] Skovlund C., Mørch L., Kessing L., Lidegaard Ø., «Association of hormonal contraception with depression», *JAMA Psychiatry*, 2016;73 (11):1154-62. <<

[166] Malmborg A., Persson E., Brynhildsen J., Hammar M., «Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women», *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2016;21(2):158-67. <<

[167] Pastor Z., Holla K., Chmel R., «The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review», *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2013;18(1):27-43. <<

[168] Burrows L. J., Basha M., Goldstein A. T., «The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review», *Journal of Sexual Medicine*, 2012;9(9):2213-23. <<

[169] Cheung E., Free C., «Factors influencing young women's decision making regarding hormonal contraceptives: a qualitative study», *Contraception*, 2004;71(6):426-31. <<

[170] Lidegaard O., Lokkegaard E., Svendsen A. L., Agger C., «Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study», *BMJ*, 2009;339:b2890. <<

[171] Johansen M., «Misoppfatninger om prevensjon», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[172] Bagwell M. A., Thompson S. J., Addy C. L., Coker A. L., Baker E. R., «Primary infertility and oral contraceptive steroid use», *Fertility and Sterility*, 1995;63(6):1161-6. <<

[173] Mansour D., Gemzell-Danielsson K., Inki P., Jensen J. T., «Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature», *Contraception*, 2011;84(5):465-77. <<

[174] UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), «Unsafe abortion incidence and mortality - Global and regional levels in 2008 and trends», *WHO*, 2012. <<

[175] Singh S., Maddow-Zimet I., «Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2013: a review of evidence from 26 countries», *BJOG*, 2016;123:1489-98. <<

[176] Bjørge L., Løkeland M., Oppegaard K. S., «Provosert abort», *Veileder i Gynekologi*, 2015, Norsk gynekologisk forening; 2015. <<

[177] Cedars M. I., Anaya Y., «Intrauterine adhesions», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 03/06/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-adhesions>. <<

[178] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Sekundær amenoré», *NEL*, 2014
[actualizado 21/07/2014]. Disponible en:
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/symptomer-og-tegn/amenore-sekundar-/>. <<

[178-1] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Sekundær amenoré», *NEL*, 2014
[actualizado 21/07/2014]. Disponible en:
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/symptomer-og-tegn/amenore-sekundar/>. <<

[179] Dawood M. Y., «Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management», *Obstetrics and Gynecology*, 2006;108(2):428-41. <<

[179-2] Dawood M. Y., «Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management», *Obstetrics and Gynecology*, 2006;108(2):428-41. <<

[179-3] Dawood M. Y., «Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management», *Obstetrics and Gynecology*, 2006;108(2):428-41. <<

[180] Rapkin A. J., et al., «Pelvic Pain and Dysmenorrhea, en: Berek J. S. editor», *Berek and Novak's Gynecology*, 15.^a ed., Filadelfia, PA, Lippincott Williams and Wilkins, 2012. p. 482. <<

[181] Johansen M., «Menstruasjon», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[181-1] Johansen M., «Menstruasjon», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[182] Rapkin A. J., et al., «Pelvic Pain and Dysmenorrhea», en Berek J. S. editor, *Berek and Novak's Gynecology*, 15.^a ed., Filadelfia, PA, Lippincott Williams and Wilkins, 2012. p. 485. <<

[182-1] Rapkin A. J., et al., «Pelvic Pain and Dysmenorrhea», en Berek J. S. editor, *Berek and Novak's Gynecology*, 15.^a ed., Filadelfia, PA, Lippincott Williams and Wilkins, 2012. p. 485. <<

[183] Hornstein M. D., Gibbons W. E., «Pathogenesis and treatment of infertility in women with endometriosis», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 10/10/2013]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-infertility-in-women-with-endometriosis>. <<

[184] Kistic J., Opøien H. K., Ringen I. M., Veddeng A., Langebrekke A., «Endometriose», *Veileder i Gynekologi*, 2015, Norsk gynekologisk forening, 2015.
<<

[185] Wilson E. E., «Polycystic Ovarian Syndrome and Hyperandrogenism», en Hoffman B. L., Schorge J. O., Schaffer J. I., Halvorsen L. M., Bradshaw K. D., Cunningham F. G. editores. *Williams Gynecology*, 2.^a ed., Nueva York, McGraw Hill Medical, 2012. <<

[185-1] Wilson E. E., «Polycystic Ovarian Syndrome and Hyperandrogenism», en Hoffman B. L., Schorge J. O., Schaffer J. I., Halvorsen L. M., Bradshaw K. D., Cunningham F. G. editores. *Williams Gynecology*, 2.^a ed., Nueva York, McGraw Hill Medical, 2012. <<

[186] Goodarzi M. O., «Polycystic ovary syndrome», *Best Practice: BMJ*, 2016 [actualizado 20/06/2016]. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/141/follow-up/complications.html>. <<

[186-1] Goodarzi M. O., «Polycystic ovary syndrome», *Best Practice: BMJ*, 2016 [actualizado 20/06/2016]. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/141/follow-up/complications.html>. <<

[186-2] Goodarzi M. O., «Polycystic ovary syndrome», *Best Practice: BMJ*, 2016 [actualizado 20/06/2016]. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/141/follow-up/complications.html>. <<

[186-3] Goodarzi M. O., «Polycystic ovary syndrome», *Best Practice: BMJ*, 2016 [actualizado 20/06/2016]. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/141/follow-up/complications.html>. <<

[186-4] Goodarzi M. O., «Polycystic ovary syndrome», *Best Practice: BMJ*, 2016 [actualizado 20/06/2016]. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/141/follow-up/complications.html>. <<

[187] Legro R. S., Barnhart HX., Schlaff W. D., Carr B. R., Diamond M. P., Carson S. A., et al., «Clomiphene, metformin, or both for infertility in the polycystic ovary syndrome», *New England Journal of Medicine*, 2007;356(6):551-66. <<

[188] Hardiman P., Pillay O. S., Atiomo W., «Polycystic ovary syndrome and endometrial carcinoma», *The Lancet*, 2003;361(9371):1810-2. <<

[189] Haoula Z., Salman M., Atiomo W., «Evaluating the association between endometrial cancer and polycystic ovary syndrome», *Human Reproduction*, 2012;27(5):1327-31. <<

[190] Heinzman A. B., Hoffman B. L., «Pelvic Mass», en Hoffman B. L., Schorge J. O., Schaffer J. I., Halvorsen L. M., Bradshaw K. D., Cunningham F. G., editores. *Williams Gynecology*, 2.^a ed., Nueva York, McGraw Hill Medical, 2012. <<

[190-1] Heinzman A. B., Hoffman B. L., «Pelvic Mass», en Hoffman B. L., Schorge J. O., Schaffer J. I., Halvorsen L. M., Bradshaw K. D., Cunningham F. G., editores. *Williams Gynecology*, 2.^a ed., Nueva York, McGraw Hill Medical, 2012. <<

[191] Klatsky P. C., Tran N. D., Caughey A. B., Fujimoto V. Y., «Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008;198(4):357-66. <<

[191-1] Klatsky P. C., Tran N. D., Caughey A. B., Fujimoto V. Y., «Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008;198(4):357-66. <<

[192] Tulandi T., «Reproductive issues in women with uterine leiomyomas (fibroids)», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 24/11/2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/reproductive> <<

[192-1] Tulandi T., «Reproductive issues in women with uterine leiomyomas (fibroids)», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 24/11/2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/reproductive> <<

[193] Pritts E. A., Parker W. H., Olive D. L., «Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence», *Fertility and Sterility*, 2009;91(4):1215-23. <<

[193-1] Pritts E. A., Parker W. H., Olive D. L., «Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence», *Fertility and Sterility*, 2009;91(4):1215-23. <<

[194] Stewart E. A., «Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids)», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 29/05/2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-diagnosis-and-natural-history-of-uterine-leiomyomas-fibroids>. <<

[194-1] Stewart E. A., «Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids)», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 29/05/2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-diagnosis-and-natural-history-of-uterine-leiomyomas-fibroids>. <<

[195] Stewart E. G., «Clinical manifestations and diagnosis of generalized vulvodynia», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 30/01/2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-generalized-vulvodynia>. <<

[196] Iglesia C., «Clinical manifestations and diagnosis of localized vulvar pain syndrome (formerly vulvodynia, vestibulodynia, vulvar vestibulitis, or focal vulvitis)», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 25/05/2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-localized-vulvar-pain-syndrome-formerly-vulvodynia-vestibulodynia-vulvar-vestibulitis-or-focal-vulvitis>. <<

[197] Johansen M., «Vanlige sexologiske problemer hos kvinner», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[198] Farmer M. A., Taylor A. M., Bailey A. L., Tuttle A. H., MacIntyre L. C., Milagrosa Z. E., et al., «Repeated Vulvovaginal Fungal Infections Cause Persistent Pain in a Mouse Model of Vulvodynia», *Science Translational Medicine*, 2011;3(101):10191. <<

[199] Helgesen A. L., «Når samleiet gjør vondt», *Forskning.no*, 2015 [actualizado 15/05/2015]. Disponible en: <http://forskning.no/blogg/kvinnehelsebloggen/nar-samleiet-gjor-vondt>. <<

[200] Tympanidis P., Casula M. A., Yiangou Y., Terenghi G., Dowd P., Anand P., «Increased vanilloid receptor VR1 innervation in vulvodynia», *European Journal of Pain*, 2004;8(2):129-33. <<

[201] Tympanidis P., Terenghi G., Dowd P., «Increased innervation of the vulval vestibule in patients with vulvodynia», *British Journal of Dermatology*, 2003;148(5):1021-7. <<

[202] Khandker M., Brady S. S., Vitonis A. F., Maclehorse R. F., Stewart E. G., Harlow B. L., «The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia», *Journal of Women's Health*, 2011;20(10):1445-51. <<

[203] Reed B. D., Haefner H. K., Punch M. R., Roth R. S., Gorenflo D. W., Gillespie B. W., «Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain. A comparative evaluation», *The Journal of Reproductive Medicine*, 2000;45(8):624-32. <<

[204] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Smerte og ubehag i vulva», *NEL*, 2015.
Disponible en: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/symptomer-og-tegn/smerte-og-ubehag-i-vulva/>. <<

[205] Stewart E. G., «Differential diagnosis of sexual pain in women», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 18/11/2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-sexual-pain-in-women>.
<<

[205-1] Stewart E. G., «Differential diagnosis of sexual pain in women», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 18/11/2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-sexual-pain-in-women>.
<<

[206] Bjørnstad S., «Jeg bruker aldri kondom, jeg ser om jenter har en kjønns sykdom», *Side2*, 2015 [actualizado 09/03/2015]. Disponible en: <http://www.side2.no/underholdning/--jeg-bru-ker-aldri-kondom-jeg-ser-om-jenter-har-en-kjonnssykdom/8551263.html>. <<

[207] ONUSida. Hoja informativa 2016. Disponible en:
<http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>. <<

[208] Folkehelseinstituttet, «Nedgang i hivtilfeller i Norge i 2015», *FHI*, 2016 [actualizado 15/03/2016]. Disponible en: <https://www.fhi.no/nyheter/2016/nedgang-i-hivtilfeller-i-norge-i-20/>. <<

[209] Folkehelseinstituttet, «Klamydia og lymfogranuloma venerum (LGV) i Norge 2014», *FHI*, 2015. <<

[210] Folkehelseinstituttet, «Gonoré og syfilis i Norge 2014», *FHI*, 2015. <<

[211] Moi H., Maltau J. M., *Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer*, 3.^a ed., Oslo, Gyldendal Akademisk, 2013. <<

[211-1] Moi H., Maltau J. M., *Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer*, 3.^a ed., Oslo, Gyldendal Akademisk, 2013. <<

[211-2] Moi H., Maltau J. M., *Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer*, 3.^a ed., Oslo, Gyldendal Akademisk, 2013. <<

[211-3] Moi H., Maltau J. M., *Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer*, 3.^a ed., Oslo, Gyldendal Akademisk, 2013. <<

[211-4] Moi H., Maltau J. M., *Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer*, 3.^a ed., Oslo, Gyldendal Akademisk, 2013. <<

[211-5] Moi H., Maltau J. M., *Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer*, 3.^a ed., Oslo, Gyldendal Akademisk, 2013. <<

[211-6] Moi H., Maltau J. M., *Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer*, 3.^a ed., Oslo, Gyldendal Akademisk, 2013. <<

[212] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Genital klamydiainfeksjon hos kvinner», *NEL*, 2016. Disponible en: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/infeksjoner/klamydiainfeksjon-hos-kvinner/>. <<

[213] Jensen J. S., Cusini M., Gomberg M., Moi H., «2016 European guideline on Mycoplasma genitalium infections», *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2016;30(10):1650-6. <<

[214] Ross J., «Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 19/02/2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-pathogenesis-microbiology-and-risk-factors>. <<

[215] Sweet R. L., «Pelvic inflammatory disease: current concepts of diagnosis and management», *Current Infectious Disease Reports*, 2012; 14(2):194-203. <<

[216] Johansen M., «Infeksjoner», *Emetodebok for seksuell helse*, Oslo, Sex og samfunn, 2016. <<

[217] Sobel J. D., «Candida vulvovaginitis», Waltham, MA, UpToDate 2016.
Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis>. <<

[217-1] Sobel J. D., «Candida vulvovaginitis», Waltham, MA, UpToDate 2016.
Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis>. <<

[217-2] Sobel J. D., «Candida vulvovaginitis», Waltham, MA, UpToDate 2016.
Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis>. <<

[217-3] Sobel J. D., «Candida vulvovaginitis», Waltham, MA, UpToDate 2016.
Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis>. <<

[218] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Candida vaginitt», *NEL*, 2016
[actualizado 02/06/2016]. Disponible en:
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/infeksjoner/candida-vaginitt/>. <<

[219] Friedman M., «This Woman Is Making Sourdough Bread Using Yeast From Her Vagina», *Cosmopolitan*, 2015 [actualizado 24/11/2015]. Disponible en: <http://www.cosmopolitan.com/sex-love/news/a49782/zoe-stavri-sourdough-bread-vagina-yeast/>. <<

[220] Ferris D. G., Nyirjesy P., Sobel J. D., Soper D., Pavletic A., Litaker MS., «Over-the-counter antifungal drug misuse associated with patient-diagnosed vulvovaginal candidiasis», *Obstetrics & Gynecology*, 2002;99(3):419-25. <<

[221] López J. E. M., «Candidiasis (vulvovaginal)», *BMJ - Clinical Evidence*, 2015
[actualizado 16/03/2015]. Disponible en:
<http://clinicalevidence.bmj.com/x/systematic-review/0815/overview.html>. <<

[222] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Ukomplisert cystitt hos kvinner», *NEL*, 2016; [actualizado 06./7/2016]. Disponible en: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nyrer-og-urinveier/tilstander-og-sykdommer/infeksjoner/urinveisinfeksjon-hos-kvinner-ukomplisert/>. <<

[222-1] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Ukomplisert cystitt hos kvinner», *NEL*, 2016; [actualizado 06./7/2016]. Disponible en: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nyrer-og-urinveier/tilstander-og-sykdommer/infeksjoner/urinveisinfeksjon-hos-kvinner-ukomplisert/>. <<

[223] Jepson R. G., Williams G., Craig J. C., «Cranberries for preventing urinary tract infections», *Cochrane Database Syst Rev*, 2012 Oct 17;10:CD001321. <<

[224] Weiss B. D., «Selecting medications for the treatment of urinary incontinence», *American Family Physician*, 2005;71(2):315-22. <<

[225] *NEL - Norsk elektronisk legehåndbok*, «Stressinkontinens», *NEL*, 2015
[actualizado 08/09/2015]. Disponible en:
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nyrer-og-urinveier/tilstander-og-sykdommer/lekkasjeproblemer/stressinkontinens/>. <<

[225-1] *NEL - Norsk elektronisk legehåndbok*, «Stressinkontinens», *NEL*, 2015
[actualizado 08/09/2015]. Disponible en:
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nyrer-og-urinveier/tilstander-og-sykdommer/lekkasjeproblemer/stressinkontinens/>. <<

[225-2] *NEL* - *Norsk elektronisk legehåndbok*, «Stressinkontinens», *NEL*, 2015
[actualizado 08/09/2015]. Disponible en:
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nyrer-og-urinveier/tilstander-og-sykdommer/lekkasjeproblemer/stressinkontinens/>. <<

[226] Glazener C. M., Herbison G. P., Wilson P. D., MacArthur C., Lang G. D., Gee H., et al., «Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomized controlled trial», *BMJ*, 2001;323(7313):593. <<

[227] O'Halloran T., Bell R. J., Robinson P. J., Davis S. R., «Urinary incontinence in young nulligravid women: a cross-sectional analysis», *Ann Intern Med*, 2012;157(2):87-93. <<

[228] Simeonova Z., Milsom I., Kullendor A. M., Molander U., Bengtsson C., «The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population», *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1999;78(6):546-51. <<

[229] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Urgeinkontinens hos kvinner», *NEL*. 2016 [actualizado 07/03/2016]. Disponible en: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nyrer-og-urinveier/tilstanderog-sykdommer/lekkasjeproblemer/urgeinkontinens-hos-kvinner/>. <<

[229-1] NEL - Norsk elektronisk legehåndbok, «Urgeinkontinens hos kvinner», *NEL*. 2016 [actualizado 07/03/2016]. Disponible en: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nyrer-og-urinveier/tilstanderog-sykdommer/lekkasjeproblemer/urgeinkontinens-hos-kvinner/>. <<

[230] Riss S., Weiser F. A., Schwameis K., Riss T., Mittlbock M., Steiner G., et al., «The prevalence of hemorrhoids in adults», *International Journal of Colorectal Disease*, 2012;27(2):215-20. <<

[231] Griffith W. F., Werner C. L., «Preinvasive Lesions of the Lower Genital Tract», en Hoffman B. L., Schorge J. O., Schaffer J. I., Halvorsen L. M., Bradshaw K. D., Cunningham F. G., editores, *Williams Gynecology*, 2.^a ed., Nueva York, McGraw Hill Medical, 2012. <<

[232] Östör A. G., «Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review», *International Journal of Gynecological Pathology*, 1993;12(2):186. <<

[233] Folkehelseinstituttet, «Vaksinasjonsdekning i prosent (fullvaksinerte) per 31.12.2014 16-åringar (f. 1998)», *FHI*, 2014; 23/04/2014. <<

[234] Statens Serum Institut, *Human papillomavirus-vaccine (HPV) 1, vaccinationstilslutning*, Statens Serum Institut, Danmark, 2016. <<

[235] Statens legemiddelverk, «Meldte mistenkte bivirkninger av HPV-vaksine (Gardasil) - oppdaterte bivirkningstall per 31. desember 2015», *Statens legemiddelverk*, 2016. <<

[236] European Medicines Agency, «Review concludes evidence does not support that HPV vaccines cause CRPS or POTS», *European Medicines Agency*, 2015; 5/11/2015.
<<

[237] Zuckerberg M., «Priscilla and I have some exciting news: we're expecting a baby girl!», *Facebook*, 2015 [actualizado 31/07/2015]. Disponible en: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10102276573729791&set=a.529237706231.2034669.4&type=1&theater>. <<

[238] Hasan R., Baird D. D., Herring A. H., Olshan A. F., Jonsson Funk M. L., Hartmann K. E., «Patterns and predictors of vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy», *Annals of Epidemiology*, 2010;20(7): 524-31. <<

[239] Ræder M. B., Wollen A-L., Braut R., Glad R., «Spontanabort. Veileder i Gynekologi 2015», *Norsk gynekologisk forening*, 2015. <<

[240] Tulandi T., Al-Fozan H. M., «Spontaneous abortion: Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 07/11/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-abortion-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>. <<

[240-1] Tulandi T., Al-Fozan H. M., «Spontaneous abortion: Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 07/11/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-abortion-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>. <<

[240-2] Tulandi T., Al-Fozan H. M., «Spontaneous abortion: Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 07/11/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-abortion-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>. <<

[241] Bardos J., Hercz D., Friedenthal J., Missmer S. A., Williams Z., «A national survey on public perceptions of miscarriage», *Obstetrics and Gynecology*, 2015;125(6):1313-20. <<

[242] Nybo Andersen A. M., Wohlfahrt J., Christens P., Olsen J., Melbye M., «Maternal age and fetal loss: population based register linkage study», *BMJ*, 2000;320(7251):1708-12. <<

[243] Pineles B. L., Park E., Samet J. M., «Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy», *American Journal of Epidemiology*, 2014;179(7): 807-23. <<

[244] Chatenoud L., Parazzini F., Di Cintio E., Zanconato G., Benzi G., Bortolus R., et al., «Paternal and maternal smoking habits before conception and during the first trimester: relation to spontaneous abortion», *Annals of Epidemiology*, 1998;8(8):520-6. <<

[245] Oster E., *Expecting better - why the conventional pregnancy wisdom is wrong and what you really need to know*, Nueva York, Penguin Press, 2013. <<

[246] Andersen A-M. N., Andersen P. K., Olsen J., Grønbæk M., Strandberg-Larsen K., «Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death», *International Journal of Epidemiology*, 2012; 41(2):405-13. <<

[247] Nisenblat V., Norman R. J., «The effects of caffeine on reproductive outcomes in women», Waltham, MA, UpToDate 2016 [actualizado 24/08/2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/the-effects-of-caffeine-on-reproductive-outcomes-in-women>. <<

[248] Rumbold A., Middleton P., Crowther C. A., «Vitamin supplementation for preventing miscarriage», *The Cochrane Library*, 2005(2): Cd004073. <<

[249] Taylor A., «Extent of the problem», *BMJ*, 2003;327(7412):434. <<

[242-1] Nybo Andersen A. M., Wohlfahrt J., Christens P., Olsen J., Melbye M., «Maternal age and fetal loss: population based register linkage study», *BMJ*, 2000;320(7251):1708-12. <<

[250] Folkehelseinstituttet, «FødselSSStatistikk for 2014», *FHI*, 2015 [actualizado 19/11/2015]. Disponible en: <https://www.fhi.no/nyheter/2015/fodselSSStatistikk-for-2014-publiser/>. <<

[251] Dunson D. B., Baird D. D., Colombo B., «Increased infertility with age in men and women», *Obstetrics and Gynecology*, 2004;103(1): 51-6. <<

[252] Rothman K. J., Wise L. A., Sorensen H. T., Riis A. H., Mikkelsen E. M., Hatch E. E., «Volitional determinants and age-related decline in fecundability: a general population prospective cohort study in Denmark», *Fertility and Sterility*, 2013; 99(7):1958-64. <<

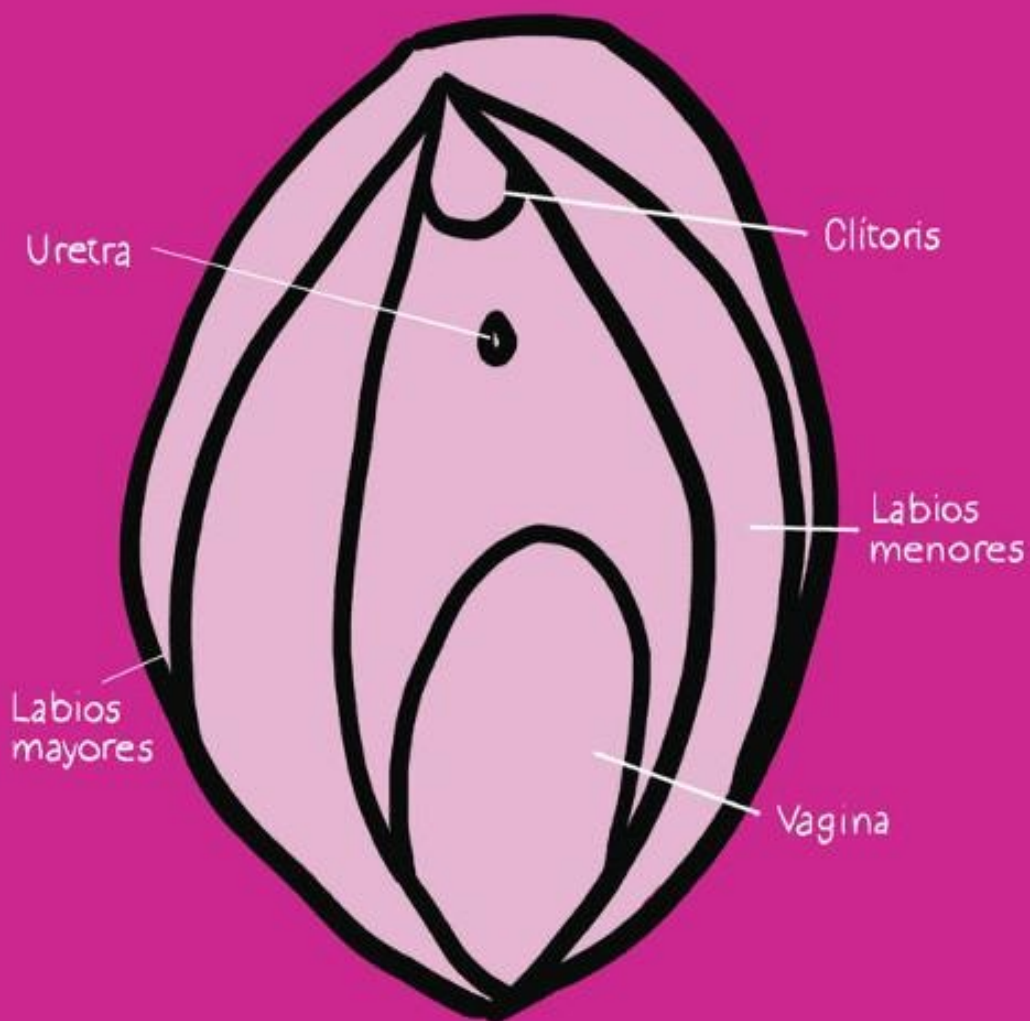
[253] Howarth C., Hayes J., Simonis M., Temple-Smith M., «“Everything’s neatly tucked away”: young women’s views on desirable vulval anatomy», *Culture, Health & Sexuality*, 2016:1-16. <<

Nina Brochmann



Ellen Støkken Dahl

EL LIBRO DE LA VAGINA



Todo lo que necesitas saber y
nunca te has atrevido a preguntar

Lectulandia

