



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

PROPUESTA FORMATIVA EN SALUD MENSTRUAL COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE LA ENDOMETRIOSIS

María Antonia Pereira Artigues

Máster Universitario en Políticas de Igualdad y Prevención de la Violencia de

Género

Centro de Estudios de Postgrado

Año Académico 2020-21

PROPUESTA FORMATIVA EN SALUD MENSTRUAL COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE LA ENDOMETRIOSIS

María Antonia Pereira Artigues

Trabajo de Fin de Máster

Centro de Estudios de Postgrado

Universidad de las Islas Baleares

Año Académico 2020-21

Palabras clave del trabajo:

Endometriosis, sesgos de género, normalización del dolor, ciclo menstrual, prevención primaria.

Tutorizado por Dra. Victoria Aurora Ferrer Pérez.

ÍNDICE

1. Resumen	pág. 1
2. Introducción	pág. 2
3. Marco teórico	pág. 5
3.1. El tabú de la menstruación	pág. 5
3.2. Los sesgos de género en la práctica clínica	pág. 10
3.3. La endometriosis	pág. 14
4. Justificación y objetivos	pág. 24
5. Propuesta de intervención	pág. 26
5.1. Contextualización	pág. 26
5.2. Población diana	pág. 28
5.3. Contenido	pág. 29
5.4. Temporalización	pág. 32
5.5. Recursos humanos y materiales	pág. 35
5.6. Estrategias de evaluación	pág. 36
5.7. DAFO	pág. 37
5.8. Observaciones	pág. 38
6. Bibliografía	pág. 39
7. Anexos	pág. 41
7.1. Anexo I. Cuestionarios: pre y post formación	pág. 41
7.2. Anexo II. Ejemplo de bloque temático	pág. 43
7.3. Anexo III. Flyers informativos	pág. 60
7.4. Anexo IV. Anexo de no plagio	pág. 62

RESUMEN

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica que consiste en la implantación y crecimiento de tejido endometrial activo fuera del útero y que presenta influencia hormonal del ciclo menstrual. Se estima que afecta por lo menos a un diez por ciento de la población femenina en edad fértil y cursa con una serie de síntomas que tienen una importante afectación en su calidad de vida, siendo uno de los más definitorios la dismenorrea. A pesar de su alta prevalencia existe un retraso de ocho años de media en su diagnóstico. Este retraso es debido entre otras cosas, a la normalización del dolor menstrual a nivel social y a los sesgos de género todavía presentes en la atención sanitaria. Por ello, se presenta una propuesta formativa en salud menstrual para sensibilizar y dotar de recursos a las jóvenes con dos principales objetivos: aumentar su autoconocimiento respecto al ciclo menstrual para que su autonomía como posibles pacientes se vea fortalecida y visibilizar una enfermedad todavía silenciada. Dicha propuesta irá dirigida a jóvenes alumnas de 4º de la ESO y 1º de Bachillerato y se realizará en colaboración entre el centro de educación secundaria y el centro de atención primaria.

Palabras clave: endometriosis, sesgos de género, normalización del dolor, ciclo menstrual, prevención primaria.

INTRODUCCIÓN

Existe una enfermedad altamente prevalente entre la población femenina en edad fértil de la que, sin embargo, apenas se habla. De hecho, se la conoce como “la enfermedad silenciada” a pesar de que la presentan una de cada diez mujeres (Al Adib, 2019; Carmona, 2021). Hablamos de la endometriosis, una patología ginecológica inflamatoria y crónica que cursa con una sintomatología capaz de alterar de manera importante la calidad de vida de las mujeres que la sufren. Los síntomas más definitorios son el dolor, las alteraciones en la menstruación y las alteraciones de la fertilidad (Carmona, 2021). No obstante, la esencia de la enfermedad es el dolor. Esta patología se produce debido a que el endometrio (capa interna de la cavidad uterina) se implanta y crece fuera del lugar que le corresponde, asentándose en distintas estructuras de la pelvis (generando focos conocidos como endometrio ectópico). Estos focos generan una reacción inflamatoria como consecuencia del sangrado cíclico, que puede extenderse a otras fases del ciclo e incluso cronificar si no se trata a tiempo.

Las mujeres tardan una media de 8 años desde la manifestación de los primeros síntomas hasta que consiguen el diagnóstico de endometriosis (Al Adib, 2019; Carmona, 2021; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Un porcentaje considerable de dichas mujeres se encuentran en la etapa adolescente cuando la sintomatología aparece, concretamente antes de los 20 años (Direcció General de Planificació en Salut, 2016). Existen diversos factores que inciden en este retraso, pero son dos los que resultan de interés en el contexto del presente trabajo, en la medida que suponen barreras injustas y evitables moduladas por mandatos de género.

El primero que vamos a tratar es el tabú en torno a la menstruación que, a lo largo de la historia de la humanidad, ha revestido toda una serie de significados que se han remolcado hasta la actualidad, perpetuando desconocimiento y estereotipos sexistas en torno al ciclo menstrual y la sexualidad femenina. El imaginario social relacionado con la menstruación sigue siendo negativo, lo que instaura la vergüenza y el silencio (Fernández, Roca y Pérez, 2016; Gómez Sánchez, Pardo Mora, Hernández Aguirre, Jiménez Robayo y Pardo Lugo, 2012; Mileo y Suárez Tomé, 2018). Esto, junto a la todavía generalizada normalización social del dolor menstrual, supone las primeras barreras al diagnóstico temprano de posibles enfermedades como la endometriosis (Al Adib, 2020; Sanz, 2021). En segundo lugar, se analizará cómo estos sesgos de género

no están exentos en el ámbito de la salud, constituyéndose así en factores de riesgo de determinadas patologías (Sánchez López, 2013; Valls Llobet, 2008). El infradiagnóstico de la endometriosis está estrechamente relacionado con la normalización y psicologización de la queja femenina, en este caso, de la dismenorrea, por parte de las/os profesionales de la atención primaria. Profesionales de la ginecología y la obstetricia dedicadas/os a la visibilización y abordaje de la endometriosis, coinciden en señalar que si no se atiende a la sintomatología referida por la paciente, es decir a su historia clínica, difícilmente se sospechará la enfermedad y las derivaciones pertinentes serán más tardías, provocando gran afectación física y emocional en las pacientes (Al Adib, 2019; Carmona, 2021).

A raíz de todo lo anterior, se entiende la urgencia de visibilizar esta enfermedad, especialmente entre mujeres jóvenes. Pero no sólo eso, también es necesario ofrecerles la oportunidad de conocer más a fondo sobre sus ciclos menstruales, puesto que las principales señales de alarma para la sospecha de la endometriosis están estrechamente ligadas a alteraciones menstruales. En consecuencia, en el presente trabajo se entiende la salud menstrual como un signo de salud muy a tener en cuenta y sobre la que se debería hablar más con las jóvenes, pues es una herramienta útil para la prevención de ciertas enfermedades.

Estos son los motivos fundamentales por los que se ha decidido trabajar en la elaboración de una intervención en prevención primaria de la endometriosis, relacionando ésta y su diagnóstico tardío con el género como categoría analítica de las relaciones de poder y de la jerarquización entre sexos, operando en este caso a través de sesgos en relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Es decir, la salud menstrual deviene aquí una cuestión que debe ser analizada desde una perspectiva biopsicosocial y de respeto de los derechos de las mujeres.

Dicha prevención primaria se ha pensado en forma de propuesta formativa para impartir en centros de educación secundaria, concretamente entre alumnas de 4º de ESO y 1º de Bachillerato, en grupos de 25- 30 alumnas y con una duración de 7 horas totales que encajarían dentro del horario lectivo habitual de los institutos de las Islas Baleares. Dicha propuesta tiene una clara orientación colaborativa, en la medida en que se apoya para su implementación tanto en profesionales de los centros de salud, como en asociaciones de afectadas de endometriosis y en profesionales con formación en género,

con el objetivo de brindarles a las jóvenes informaciones documentadas y de calidad. Se divide en tres bloques temáticos en los que se va a tratar, de forma consecutiva, el ciclo menstrual como signo de salud, los sesgos de género en la atención sanitaria relacionados con el ciclo menstrual y la dismenorrea y, por último, la endometriosis.

MARCO TEÓRICO

EL TABÚ DE LA MENSTRUACIÓN

A lo largo de la historia la menstruación ha sido teorizada y explicada mayoritariamente por varones, desde un punto de vista androcéntrico y cargada de prejuicios discriminatorios, que han acabado por instaurarla en el imaginario colectivo a modo de tabú (Mileo y Suárez Tomé, 2018). Dichos imaginarios sociales construyen y materializan una forma de entender la realidad, reproduciendo a través de las generaciones las formas que regulan la vida en sociedad (Fernández et al., 2016). Como vemos, la menstruación tiene un alto contenido social, en la medida que conforma un conocimiento popular en torno a este hecho (Gómez Sánchez et al., 2012; Mileo y Suárez Tomé, 2018) excediendo el ámbito de lo privado, pero teniendo, a la vez, un fuerte impacto en cómo las mujeres la experimentan y gestionan. Todo discurso entraña ideología y el grupo dominante dentro del sistema sexo/género perpetúa posiciones a través de la divulgación de ciertas concepciones del cuerpo y los fluidos de la mujer.

La epistemología feminista es capaz de demostrar ahora cómo la menstruación ha sido utilizada como modo de perpetuar el sexismo, bajo los numerosos mitos que se han generado en torno a ella a lo largo de los siglos (Mileo y Suárez Tomé, 2018), llegando incluso hasta nuestros días. El feminismo ha ido habitando aquellas posiciones de producción de conocimiento que permiten revisar los constructos históricos sobre el ciclo menstrual que mantenía a las mujeres en la periferia, ninguneando sus vivencias y problemáticas. Bosch, Ferrer y Gili (2020) proponen como mecanismos que operan en la concepción de la menstruación como suceso negativo: las restricciones conductuales a las mujeres basadas en la peligrosidad de su sangre menstrual y derivadas de la tabuización del ciclo menstrual. En los siguientes apartados se expone a través de un sucinto recorrido histórico cómo ambos mecanismos se han ido construyendo para discriminar a las mujeres.

La menstruación en la historia

Las raíces socio-históricas de la concepción occidental que vincula el flujo menstrual con lo nocivo son dobles: el mundo greco-latino y el sistema de pensamiento judeocristiano (Fernández et al., 2016). El Levítico, conjunto de textos en los que se basará el cristianismo, representa la sangre menstrual como un símbolo de impureza,

que corrompe a la mujer y a cualquier persona que la toque (Levítico 15: 19-33) (Gómez Sánchez et al., 2012). Grandes filósofos como Platón y Aristóteles teorizaron sobre la mujer a modo de varón imperfecto, semilla sobre la naturaleza femenina que posteriormente sería el germen androcéntrico del discurso médico-científico (Fernández et al. 2016). Plinio el Viejo, en su *Naturalis Historia* (siglo I) también atribuyó a la menstruación toda una serie de propiedades ponzoñosas que convertían a la mujer menstruante en un peligro para todos los seres vivos: “*puede cambiar el vino en vinagre, romper los espejos, estropear el hierro y el cuero, nublar los cielos, volver estériles los campos, hacer caer las frutas de los árboles, matar las abejas y hacer abortar a los animales*” (Gómez Sánchez et al., 2012, pág. 374). Este tipo de creencias se mantuvieron y difundieron dentro de la tradición médica escolástica en la Europa bajomedieval, condicionando la actitud de la sociedad hacia las mujeres y su salud sexual y reproductiva, por ejemplo, a través de la popularización de tratados (consagrados como semicultos) como el *De Secretis Mulierum*, que fueron referentes durante los siglos posteriores (Cabré i Pairet y Salmón Muñiz, 2013).

A mediados del siglo XVI, la nocividad de la menstruación había llegado a ser suficientemente visible en la literatura médica (Cabré i Pairet y Salmón Muñiz, 2013), dominando los debates hasta la última década del siglo XVII y manifestándose con mucha fuerza durante el siglo XVIII. En esta época se teorizaba que la menstruación era un sistema desarrollado para descargar y mantenerse saludables, es decir, bajo un prisma más favorable, aunque sin dejar de lado las connotaciones antihigiénicas y peligrosas de la sangre (Mileo y Suárez Tomé, 2018; Valls Llobet, 2008). No cabría pasar por alto el contexto ilustrado de confianza en la objetividad de la ciencia durante dicho período histórico, otorgándole un cariz de legitimidad científica a los postulados sobre el carácter físico e intelectual de las mujeres, que por entonces se enmarcaban desde el paradigma de la complementariedad de los sexos: la mujer y el hombre poseen y exhiben diferencias tanto físicas como morales, son opuestos complementarios, estando la mujer orientada necesariamente a la maternidad (Fernández et al., 2016). Si existían cambios de humor en la mujer, estos eran explicados en base a su naturaleza “histórica”, quedando invisibilizados los correlatos del ciclo menstrual con otros sistemas como el hormonal.

La ciencia médica ha ignorado la menstruación en general y sus trastornos en particular hasta mediados del siglo XX aproximadamente, cuando se inicia el estudio del ciclo y

de las hormonas hipofisarias con el único objetivo de hallar fórmulas anticonceptivas, no de describir y entender el funcionamiento y características del ciclo menstrual (Valls Llobet, 2008) y sus posibles trastornos (Bosch et al., 2020).

Actualmente contamos con un conocimiento mucho más especializado sobre el ciclo menstrual. No obstante, permanece una aversión a tratarlo de una manera directa puesto que siguen prevaleciendo las estructuras del conocimiento socialmente transmitido y manteniéndose la menstruación estigmatizada (Gómez Sánchez et al, 2012).

La regla velada

Un tabú es todo aquello que, por convención social, se considera prohibido, pero sin que queden muy claras las razones. El tabú en torno a la menstruación lleva transmitiéndose desde tiempos remotos pero el debate sobre sus causas no está cerrado. Autoras como María Martín Barranco (2020) refieren a la norma *a-menstrual masculina* como punto de referencia universal, que narra a la mujer como *condicionada por su función* al estar dotada de ese equipamiento para su misión en la vida: la maternidad. Desde este punto de vista podría entenderse que la menstruación es vergonzante porque no se ha cumplido con la misma. Eugenia Tarzibachi (2017) ve en dicho tabú otra forma de control y disciplinamiento del cuerpo femenino, como alteridad e inferioridad.

Como hemos visto, la sangre menstrual ha revestido, a lo largo de la historia de la humanidad, gran cantidad de significados mágicos que se han heredado en este siglo XXI, pero con un cariz renovado. Tal y como afirma Miriam al Adib (2019), a pesar de que el modo en que dicho tabú se manifiesta en nuestros días y en nuestra sociedad es distinto¹, sin embargo comparte una misma raíz con el de antaño: el desconocimiento mezclado con la construcción social de estereotipos en torno a la sexualidad femenina, con la consecuente instalación de la vergüenza por parte de las mujeres de su propio cuerpo (Mileo y Suárez Tomé, 2018). Esto no hace más que generar un círculo vicioso que todavía no se ha conseguido romper del todo: el tabú impide que se comprenda cabalmente esta experiencia tanto por parte de las mujeres como de la sociedad en general, y en consecuencia, levanta barreras para que se lleven a cabo las acciones

¹ Es importante resaltar el hecho de que en otras culturas siguen llevándose a cabo restricciones conductuales que pueden costarles la vida a las mujeres. Por ejemplo, la práctica del chhaupadi sigue vigente en Nepal.

correspondientes a nivel científico, educativo y político para revertir dicho desconocimiento. Y así en bucle.

En la actualidad sigue siendo un tabú en la comunicación y, lo que es más sorprendente, entre madres e hijas (Valls Llobet, 2017), pues podría ser este un primer lugar donde entender y naturalizar algo que será una experiencia cotidiana para las mujeres. La forma social de invisibilizar y excluir la presencia de la menstruación se ve reflejada en el uso de eufemismos. Carme Valls Llobet (2017) y María Martín Barranco (2020) recogen algunas de las muchas que se utilizan: “estar femenina”, “estar en esos días”, “tener visita”, “la mala semana”, “el tomate”, “el vampiro”, “la cosa”, “Karmele la manchante”, “Andrés (el que viene cada mes)”, “la marea alta”, “la amiga comunista”, “estar con lo que se hacen las rectas” ya por ni decir “regla”, “estar mala”, “han venido los ingleses”, “se me ha abierto el grifo” y un largo etcétera. Cuando baja por primera vez “ya eres una mujer” y si baja de improviso, mediante susurros y secretismo, las mujeres deberán conseguir una compresa y llevarla consigo al lavabo sin que nadie se percate.

Quedan resquicios del tabú en la representación simbólica de dicha realidad fisiológica en televisión, cine, literatura, etc. donde se invisibiliza a través de variopintas estrategias. El fluido de color azul para representar la sangre menstrual en los anuncios de compresas o tampones todavía es muy común (de hecho, como apunte, el primer anuncio en enseñar un fluido que fuera rojo aparece en 2017), así como también el uso de atmósferas poéticas o metafóricas para vender que con el uso de determinados productos se menstruará de manera fresca e inodora. La narrativa pretende que aparentemos ser lineales y siempre disponibles para gustar (Al Adib, 2019).

Por supuesto no olvidemos que hace tan solo una generación, cuando las mujeres sangraban no podían llevar a cabo determinadas actividades (elaborar mayonesa o bañarse son todavía muy de los años 90).

Normalizar el estigma es un lastre para las jóvenes en la medida en que se enfrentan inseguras y desinformadas al ciclo menstrual. Cómo nombramos la realidad tiene un impacto directo en cómo lo experimentamos. Uno de los factores por los que las mujeres con endometriosis sufren se debe a que no pueden expresarse con plena libertad y conocimiento sobre sus menstruaciones, lo que dificulta que se sientan comprendidas

(Carmona, 2021). Este mismo autor señala que si no estuviera estigmatizada, la endometriosis no sería una enfermedad tan desconocida.

“Me duele lo normal”

En expresiones como “es normal que te duela, a mí me dolía y a tu abuela también” encontramos la normalización del dolor menstrual, una creencia errónea y muy perjudicial para la salud de las mujeres. La habitualidad con la que se presentan dolores relacionados con el ciclo menstrual se confunden con normalidad, provocando la conformidad a, sencillamente, sobrellevarlos. *Sobrellevar* porque en muchos casos el malestar que sí es normal durante la menstruación no es tal, sino que es un dolor incapacitante. Las quejas se omiten a pesar de estar justificadas porque, si el dolor lo sienten todas y es lo normal, podría percibirse como un signo de debilidad, perpetuándose de este modo el silencio (Carmona, 2021; Sanz, 2021).

Tal y como afirma Sanz (2021, pág. 44), “*esta creencia no solo la heredan las mujeres, sino que los mismos profesionales de la salud la perpetúan de igual manera*”.

El ciclo menstrual como signo de salud global

Tal y como mantiene Carme Valls Llobet (2017), la menstruación es un indicador del estado de salud general de la mujer, que permite identificar en fases muy tempranas carencias, disfunciones y enfermedades fijándonos en las características que manifiesta. Por ejemplo, el estrés mental, las deficiencias nutricionales, los disruptores endocrinos ambientales y ciertas patologías clínicas o subclínicas pueden alterar su ritmo. El dolor intenso que aparece asociado al sangrado puede ser una señal de alarma importante para orientar determinados diagnósticos ginecológicos. La hipermenorrea puede estar ofreciendo información muy valiosa sobre los niveles hormonales o problemas relacionados con la glándula tiroides (Sanz, 2021).

Por lo tanto, en lugar de ver la menstruación como una molestia, se debería convertir en un signo de salud individual y social. De hecho, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) reconoce el ciclo menstrual como el quinto signo vital (Sanz, 2021) y recomienda su uso en la práctica clínica.

LOS SESGOS DE GÉNERO EN PRÁCTICA CLÍNICA

El género es una construcción social vinculada al sexo por medio de la cual se adjudican una serie de expectativas comportamentales y psicológicas diferentes a hombres y mujeres. Es la herramienta a través de la cual se mantiene la jerarquía de sexos y se estructuran las relaciones sociales, ocupando las mujeres la posición más desfavorecida (Valls Llobet, 2017). Dado que se trata de un constructo social, es dinámico, cambiante y muy directamente vinculado con las relaciones de poder y normas socioculturales situadas, por lo tanto, con claras repercusiones políticas. De esto resulta la discriminación de género, por la que se hacen diferencias injustas entre unos y otras afectando negativamente a las mujeres por el simple hecho de serlo. La medicina no es neutral y no escapa a dichos mandatos porque, tal y como hemos podido ver de manera sucinta en el apartado dedicado a la menstruación, se construye en su mayor parte en base a un paradigma androcéntrico (Valls Llobet, 2008).

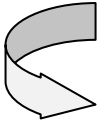
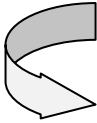
“En medicina clínica hablamos de sesgo de género cuando se aborda una situación clínica de forma inadecuadamente diferente o similar, de acuerdo con la evidencia científica disponible, en función del género” (Tasa Vinyals, Mora Giral y Raich Escursell, 2015, pág 17). Vemos, por tanto, que aplicado al ámbito de la salud dichos roles y relaciones basadas en el género pueden constituir factores de riesgo o de protección de las enfermedades (Sánchez López, 2013; Valls Llobet, 2008). ¿De qué manera ocurre?

1. Abordando exactamente igual la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres, siendo en general el varón el tomado como normativo e invisibilizando la idiosincrasia del cuerpo femenino. Se trata del primer mecanismo de sesgo según Tasa Vinyals et al. (2015).
2. Asumiendo diferencias entre sexos donde realmente no las hay, invirtiendo más en investigación, diagnóstico y tratamiento de un sexo respecto a otro ante una misma situación de necesidad. Segundo mecanismo de sesgo según Tasa Vinyals et al. (2015).

Estos dos mecanismos de sesgo pueden operar de manera transversal en todo el proceso médico, empapando desde el ensayo clínico hasta el tratamiento final, siendo el punto de origen la investigación médica.

Dentro del estudio de los sesgos de género en medicina encontramos dos áreas de investigación principales: el **sesgo en la investigación médica** y el **sesgo en la práctica clínica** (Tasa Vinyals et al. 2015; Sánchez López, 2013), ambos estrechamente relacionados. En el presente trabajo se desarrolla el último, puesto que el lugar habitual donde las mujeres con dolor pélvico encuentran barreras es en la atención primaria.

El sesgo en la práctica clínica se compone del **sesgo de género en el esfuerzo diagnóstico** y del **sesgo de género en el esfuerzo terapéutico**, quedando este fuertemente condicionado por el primero, pues la probabilidad de que la persona sea tratada es casi nula si por cualquier causa queda excluida del proceso de diagnóstico, o disminuye si en el proceso diagnóstico no se realizan las pruebas oportunas o si no se interpretan correctamente (Sánchez López, 2013).

Sesgos de género en la práctica clínica	
	Sesgos en el esfuerzo diagnóstico
	Latencia hasta demandar asistencia médica
	Latencia hasta el diagnóstico Tipo de pruebas diagnósticas utilizadas
	Sesgos en el esfuerzo terapéutico
	Latencia de acceso a servicios hospitalarios
	Tipo de estrategias terapéuticas utilizadas Consumo y gasto de medicamentos por sexo

Elaboración propia a partir de Tasa Vinyals et al. (2015) Sánchez López (2013) y Valls Llobet (2017).

Cabe destacar que la desigualdad de género en salud refiere a aquellas diferencias que se consideran innecesarias, evitables y, además, injustas (Sánchez López, 2013), no a todas las diferencias que se producen entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud.

Sesgos de género en la práctica clínica, mujeres y dolor

Tradicionalmente la ciencia ha puesto el punto de vista masculino como referente en la investigación y el desarrollo del conocimiento. La medicina tampoco escapa a dicho sesgo androcéntrico, revirtiéndolo al ámbito de la asistencia sanitaria. Hoy en día se arrastra esa herencia y las enfermedades, quejas y dolores de las mujeres siguen sin entenderse (Valls Llobet, 2008), por tanto, el gran desconocimiento en torno a las causas y a su correcto abordaje es patente. Además, hasta hace relativamente poco la salud de las mujeres se vinculaba a la salud reproductiva (al embarazo, la anticoncepción y la planificación familiar), quedando al margen la concepción de la salud femenina desde una perspectiva integral y, por tanto, del estudio exacto de

aquellos procesos fisiológicos que son buen ejemplo de ello, como la menstruación o la menopausia que, por otra parte, siguen siendo temas espinosos en la asistencia primaria (Valls Llobet, 2017).

En el caso del dolor menstrual asociado a endometriosis, ambos mecanismos de sesgo convergen y se manifiestan en la práctica clínica dando lugar a una serie de sesgos en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico que siguen un patrón muy concreto y que pueden tener un impacto considerable en la salud física y psicológica de las mujeres que pasan por dicha enfermedad.

Así pues, por un lado se continúan perpetuando estereotipos de género a través de la consideración de la clínica y síntomas de las mujeres como inferiores, minimizándolos o silenciándolos (Sánchez López, 2013; Valls Llobet, 2017), colaborando a la victimización de las pacientes. Según Carme Valls Llobet (2008, 2017) en medicina existen normas que se instauran como criterios de normalidad, sobre todo en el lenguaje simbólico, que englobarían todos los signos que se pueden observar, los síntomas que refieren las pacientes, y las pruebas diagnósticas practicadas para determinar la causa del dolor. En otras palabras, cuando una mujer se queja de dolor menstrual intenso no se le da la importancia que se merece.

El sesgo en el esfuerzo diagnóstico ocurre debido a que se infradiagnostican posibles casos de endometriosis por obviar completamente la parte clínica del asunto, esto es, no se realiza una correcta anamnesis por no escuchar y hacer las preguntas adecuadas a la paciente, por normalizar el dolor y por no hacer las exploraciones físicas pertinentes acorde a la sintomatología referida (Al Adib, 2020; Carmona, 2021; Valls Llobet, 2017). Hay que añadir que en estos casos se da más crédito a las pruebas complementarias, como son la ecografía transvaginal o la resonancia magnética, que a la profundización en la historia clínica, lo que, como veremos más adelante, provoca retrasos y errores diagnósticos importantes.

A raíz de lo anterior, se produce el sesgo en el esfuerzo terapéutico, en el que se dan tiempos de demora muy altos entre la comunicación de los síntomas y el inicio de un tratamiento adecuado. Frecuentemente sucede, como en el caso de la endometriosis, que se opte por tratamientos superficiales, sin buscar posibles causas subyacentes. Tal y como afirma Carmona (2021), con frecuencia se acusa a las mujeres con endometriosis de “estar locas”, de inventarse que sienten dolor o de tener más bien problemas

emocionales que de cualquier otro tipo. Por ejemplo, es bastante frecuente que se atribuya el dolor, sobre todo la dispareunia, al estrés (Al Adib, 2020). La psicologización del dolor tiene varias implicaciones: optar por abordajes incorrectos de la patología, por ejemplo, haciendo tratamiento meramente analgésico (antiinflamatorio) o sobremedicalizar tratando lo que no existe, por ejemplo, sintomatología psicológica mediante psicofármacos. A este respecto, abundante literatura señala que, ante una misma intensidad de dolor, las mujeres tienen mayor probabilidad de que se les prescriba analgesia o psicofármacos que los hombres (Sánchez López, 2013). Como vemos, el género es un determinante relevante de la salud.

La normalización del dolor menstrual aparece en el discurso médico y, como hemos podido ver a lo largo del presente trabajo, también en el social, como la forma contemporánea de inferioridad corporal de las mujeres (Mileo y Suárez Tomé, 2018).

LA ENDOMETRIOSIS

Conceptos previos: ciclo menstrual y efecto de las hormonas en el endometrio

En este epígrafe nos vamos a centrar especialmente en los efectos que las hormonas secretadas por el ovario producen en el tejido endometrial a efectos de una mejor comprensión de la enfermedad.

El endometrio es la capa más interna del útero. Durante la edad fértil, cambia de manera cíclica por efecto de las hormonas, preparándose para albergar al embrión en caso de fecundación del óvulo o desprendiéndose en forma de menstruación en caso contrario (Al Adib, 2019; Carmona, 2021).

El ciclo menstrual se compone de dos escenarios: el ciclo endometrial (o uterino) y el ciclo ovárico (Carmona, 2021; Sanz, 2021) y de dos fases: la fase folicular y la fase lútea. Suponiendo el caso ideal de un patrón de sangrado de 28 días, durante la primera fase del ciclo, esto es, la fase folicular (días 1-14), y ya habiendo terminado la menstruación, existe una predominancia hormonal de estrógenos, los cuales tienen un efecto proliferativo en el endometrio, es decir, de multiplicación de las células endometriales, engrosando su volumen (Al Adib, 2019; Sanz, 2021). Durante la segunda fase, llamada lútea (días 14- 28), se da un predominio de progesterona sobre los estrógenos. Esto da lugar a lo que se conoce como fase secretora, en la medida en que se contrarrestan los efectos de multiplicación celular de la fase anterior. Además de evitar que siga la proliferación, la progesterona se encarga de mantener el endometrio sin descamarse y de aportarle los nutrientes necesarios por si ocurriera el embarazo. Si este no ocurre, los niveles de esta hormona caen y producen que el endometrio se desprenda (menstruación) (Al Adib, 2019; Sanz, 2021).

¿Qué es la endometriosis? Definición, etiología y clasificación

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a mujeres en edad fértil y que cursa con una serie de síntomas que tienen una elevada afectación en la calidad de vida de las mujeres que la sufren, siendo el más destacable la dismenorrea. Se trata de una enfermedad de tipo benigno, pero que, no obstante, guarda ciertas similitudes con el tejido tumoral dada la forma de manifestarse, por lo que en muchas ocasiones se la nombra como “el cáncer benigno” (Carmona, 2021).

Esta enfermedad consiste en la implantación de tejido endometrial (glándulas y estroma) funcionalmente activo en lugares donde no corresponde (endometrio ectópico) produciendo una reacción inflamatoria crónica en dichos lugares (Al Adib, 2019; Carmona, 2021). La extensión de la enfermedad es variable, pudiendo manifestarse a través de pocas y pequeñas lesiones hasta extensos nódulos y adherencias que causan una gran distorsión de los órganos de la pelvis (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013), formándose lo que se conoce como “pelvis congelada” (Al Adib, 2019). Los focos se localizan habitualmente en los ovarios, el peritoneo y el fondo de “saco de Douglas”, siendo infrecuentes fuera de la pelvis, aunque pueden encontrarse en pulmones, hígado y otros órganos más lejanos.

Según Miriam Al Adib (2019), la endometriosis debe entenderse como una enfermedad sistémica, dado que para que se manifieste se requieren, al margen del endometrio ectópico, otros dos factores: un desbalance del estímulo hormonal (sistema endocrino) y una disfunción inmunológica (sistema inmunológico). Por un lado, el sistema inmune de la mujer con endometriosis no es capaz de reabsorber los focos, quedando “fijos” en diferentes estructuras del cuerpo y creando una reacción inflamatoria a causa del sangrado cíclico. Por el otro, se sabe que el endometrio es estrógenodependiente y que el tejido ectópico responde de la misma forma a dichas hormonas que el primero. Así, en fases donde predominan los estrógenos la enfermedad se verá empeorada.

A pesar de que actualmente se pueda ofrecer una definición de la endometriosis, su etiología es desconocida. La teoría más aceptada por la comunidad científica en cuanto a su origen es la propuesta por John A. Sampson en 1927, conocida como **teoría de la menstruación retrógrada**, que consiste en la salida de la sangre menstrual hacia el abdomen a través de las trompas uterinas, en lugar de ser expulsada a través del cérvix por la vagina. No obstante, dicho fenómeno por sí sólo dista de ofrecer una posible explicación completa para esta enfermedad, puesto que en el 90% de las mujeres sucede la menstruación retrógrada durante el sangrado menstrual (Carmona, 2021; Sanz, 2021). Existe la sospecha de que su origen es multifactorial. Al parecer, una serie de factores intervendrían en su génesis y evolución: la predisposición genética, las alteraciones endocrinas, los procesos oxidativos, los factores ambientales, etc. Con algunos de estos factores, como la dieta, se puede trabajar para prevenir o reducir el impacto de la enfermedad. Lamentablemente, y según la Guía de atención a mujeres con endometriosis del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales

e Igualdad, 2013), las manifestaciones clínicas de la enfermedad abarcan un amplio espectro, algunas imprevisibles y agresivas, por lo que el manejo y el impacto terapéutico distarán mucho de una mujer a otra.

Por otra parte, la clasificación de la enfermedad más utilizada es la ofrecida por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (1996) pero, dado que es eminentemente quirúrgica (Carmona, 2021) y se centra de manera exclusiva en el nivel de extensión y localización de las lesiones, presenta limitaciones de cara al pronóstico y consiguiente tratamiento. Tanto Miriam Al Adib (2019) como Francisco Carmona (2021), especialistas en ginecología y obstetricia, como la Direcció General de Planificació en Salut (2016) proponen clasificar la endometriosis de la siguiente manera, en función de su forma de presentación:

Endometriosis peritoneal o superficial

Se extiende en la superficie del peritoneo, esto es, en la serosa peritoneal, sin infiltrarlo.

Endometriosis ovárica

El endometrio ectópico se encuentra en el ovario y se presenta en forma de quistes, conocidos como “quistes de chocolate”, debido a que están recubiertos por contenido hemático.

Endometriosis profunda

Es la que penetra a más de 5 mm por debajo del tejido peritoneal, llegando incluso a infiltrar en la capa muscular de los órganos a los que invade. Es la forma más grave y provoca dolores muy intensos. Tiene capacidad de recidiva después de su extirpación.

Adenomiosis (Carmona, 2021)

Algunas/os especialistas la consideran una enfermedad distinta, para otras/os es una variante de la endometriosis. El tejido ectópico aparece en la pared muscular del útero (miometrio). El síntoma distintivo es que cursa con hipermenorrea y la consecuente anemia, así como sangrado entre períodos.

Elaboración propia a partir de Al Adib (2019), Carmona (2021) y Direcció General de Planificació en Salut (2016).

Sintomatología: el dolor

Los síntomas de la endometriosis son básicamente tres: el **dolor**, esencia de la enfermedad (Carmona, 2021), las alteraciones de la fertilidad y las **alteraciones de la menstruación**. En el presente trabajo nos centraremos en las diferentes manifestaciones del dolor y en las alteraciones de la menstruación por ser las alarmas más importantes a tener en cuenta y a trabajar junto con las jóvenes.

La **dismenorrea** o dolor menstrual intenso es el síntoma más típico de la enfermedad. Debido a que el dolor tiene un carácter subjetivo que varía mucho de una mujer a otra,

las/os profesionales de la salud utilizan escalas (normalmente de tipo analógico visual o verbal) para que la paciente pueda indicar qué nivel de dolor es el que siente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) y conseguir una medida de la intensidad del dolor para cada paciente.

- Dolor leve: de 0 a 3. Siendo 0 ausencia de dolor.
- Dolor moderado: de 4 a 6.
- Dolor intenso: de 7 a 10. Siendo 10 máximo dolor imaginable.

De este modo conocemos que las mujeres con endometriosis suelen tener dolores de menstruación intensos, es decir, a partir de 7, y según Carmona (2021) *“lo definen como un dolor que les impide hacer vida normal y llevar a cabo sus actividades rutinarias”* (pág. 48). Según el mismo autor es importante que centremos aquí la atención, puesto que de ninguna manera se puede equiparar un dolor leve a uno intenso. La regla puede acompañarse de molestias, del 0-3 en la escala anterior, pero algo sucede si el dolor aparece en la horquilla del 7-10. Es importante resaltar que, si no se trata, el dolor se alarga en el tiempo, dando lugar al *“dolor periovulatorio”* (Carmona, 2021): aquel manifestado de manera difusa durante casi todo el mes, pudiéndose acentuar en momentos concretos del ciclo, como durante la ovulación.

Según Sanz (2021), que aparezca dolor debería servir como señal de que algo no funciona correctamente en el organismo. Considera importante diferenciar la molestia que provoca la dismenorrea primaria del dolor incapacitante característico de la dismenorrea secundaria.

Dismenorrea primaria	Dismenorrea secundaria
Ocasionada como consecuencia de la menstruación. No hay patología de base.	Ocasionada por causa subyacente: endometriosis.
<ul style="list-style-type: none"> • Se desconoce por qué algunas mujeres sienten molestias menstruales y otras no. • La teoría más aceptada pasa por atribuir dichas molestias al desequilibrio entre las PGE1 y las PGE3 (prostaglandinas antiinflamatorias) y las PGE2 (prostaglandinas proinflamatorias) lo que provoca molestias menstruales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede acompañarse de otros síntomas como mareo, vómitos, etc. Es habitual el dolor durante la ovulación, dado que aumentan las sustancias inflamatorias para facilitar la ruptura del folículo. Es un dolor incapacitante.

Elaboración propia a partir de Sanz (2021).

Otros de los síntomas asociados al dolor pélvico que pueden manifestar las mujeres afectadas de endometriosis, son, de manera sucinta, los siguientes (Al Adib, 2019; Carmona, 2021; Direcció General de Planificació en Salut, 2016; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013; Sanz, 2021):

- **Disquecia.** Dolor al defecar en forma de pinchazos en el ano y zona del recto con cambios en el patrón de evacuación.
- **Dispareunia.** Dolor en las relaciones sexuales, sobre todo durante la penetración, normalmente por encontrarse focos de células endometriales en el fondo de “saco de Douglas” (Carmona, 2021). Puede aparecer dolor en el orgasmo. Genera grandes sentimientos de culpa si no se visibiliza como problema.
- **Dolor pélvico crónico.** Presente de forma aleatoria y continua. Suele localizarse en parte baja del abdomen y lumbares.
- **Disuria.** El dolor al orinar sucede si el tejido ectópico se inserta en la vejiga. Afecta al 1% de los casos (Sanz, 2021). Sus molestias se confunden con una infección de orina.

Los síntomas anteriores son catameniales (Al Adib, 2019; Carmona, 2021), es decir, cíclicos, dado que existe empeoramiento relacionado con el ciclo menstrual. La doctora Al Adib (2020) afirma que el síndrome premenstrual (SPM) empeora si hay endometriosis.

Además, la existencia de síntomas no ginecológicos de tipo catamenial, deben ser considerados señales para la sospecha de endometriosis (Direcció General de Planificació en Salut, 2016) y orientar el diagnóstico. Por ejemplo: ciática, dolor en el ombligo, hematuria (sangre en la orina), o dolor en el neumotórax, entre otros (Carmona, 2021).

Dolor crónico y sensibilización central

En la endometriosis pueden darse a la vez los tres tipos de dolor que existen (Al Adib, 2019; Direcció General de Planificació en Salut, 2016):

1. **Dolor nociceptivo o agudo.** Generado por la compresión o infiltración directa de los focos en los nervios de la zona pélvica.
2. **Dolor inflamatorio.** Generado por el mismo ambiente inflamatorio producido por el tejido ectópico.
3. **Dolor neuropático.** Alteración de las células del SN Central o del SN Periférico como consecuencia de una lesión prolongada en el tiempo.

La endometriosis, tal y como se ha comentado, es una lesión crónica: los focos de tejido endometrial no se eliminan y nuestro sistema inmune no consigue repararlo, cosa que le genera al cuerpo un gran estrés oxidativo, resultado del metabolismo del oxígeno, lo que agrava y perpetúa la reacción inflamatoria y el estímulo doloroso (Carmona, 2021).

El diagnóstico: descripción y factores que inciden en su retraso

El diagnóstico de la endometriosis se puede atrasar una media de 8 años. Esto es debido a varios factores que pueden darse simultáneamente:

- **Gran variabilidad de presentación de síntomas.** No existe un cuadro de síntomas único y bien definido para cada tipo de endometriosis ni en cada una de las pacientes. Los más frecuentes son dolor pélvico, dismenorrea y dispareunia (40% de las pacientes) y el 25% dismenorrea y dolor pélvico (Carmona, 2021), pero son altamente variables.
- **Presentación de síntomas no ginecológicos** en mujeres con endometriosis (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013), lo que provoca su derivación a especialistas que descartan algunas enfermedades pero no confirman el diagnóstico de endometriosis (Direcció General de Planificació en Salut, 2016).
- **Solapamiento clínico** con otras enfermedades, como el síndrome del intestino irritable u otras enfermedades digestivas (Direcció General de Planificació en Salut, 2016).
- **Elevado porcentaje de mujeres asintomáticas:** entre el 15% y el 20% según la Direcció General de Planificació en Salut (2016), o que cursan con poca expresión ecográfica porque no se manifiestan con endometriomas (Al Adib, 2019, 2020).
- **Sesgos de género** tanto a nivel **social** como **sanitario:** normalización del dolor menstrual y psicopatologización de la queja femenina.
- **Sesgos clínicos y de género en el diagnóstico:** omitir la historia clínica de la paciente.

Nos interesan especialmente los dos últimos puesto que son evitables (Sánchez López, 2013) y tienen que ver con las desigualdades operadas por el género.

La importancia de la historia clínica

Según Miriam Al Adib (2020), la diferencia entre las enfermedades sobrediagnosticadas y las infradiagnosticadas es que las últimas dependen fundamentalmente de la parte clínica (anamnesis y exploración) y no tanto de las pruebas complementarias (por ejemplo, ecografía o resonancia). Justo esto es lo que sucede en el caso de la endometriosis y, aunque sabemos que diagnosticar la enfermedad encierra dificultades, sin embargo sospecharla suele ser muy fácil si escuchamos con atención y

profundizamos en los síntomas que nos remiten las pacientes (Al Adib, 2019; Carmona, 2021).

Para el diagnóstico de la endometriosis es primordial que haya una adecuada anamnesis: *“escuchar bien a la paciente todos los síntomas que refiere, preguntar qué tipo de dolor tiene, si cede o no con analgésicos clásicos, cómo se distribuye, en qué momentos del ciclo aparece, (...) si estos dolores aparecen con la regla (...)”* (Al Adib, 2020, pág. 42). A continuación se deberá llevar a cabo una exploración de la distribución del dolor, si existen puntos gatillo y, como último paso, llevar a cabo las pruebas complementarias pertinentes de la mano de profesionales expertas/os. Agarwal et al. (2019) proponen un algoritmo médico basado en la evidencia clínica para hacer el diagnóstico de la enfermedad más accesible, temprano y sin utilizar métodos invasivos, todo ello con el ánimo de tratar el dolor lo antes posible y reducir los problemas derivados (sensibilización central, síndrome miofascial, infertilidad, etc.). En dicha propuesta aparece la exploración física como una herramienta altamente eficaz para la sospecha de endometriosis, además se sugiere que las pruebas complementarias como la ecografía transvaginal aumentan su valor predictivo cuando se combina su resultado con la historia clínica y la exploración física de la paciente.

No obstante, en la mayoría de casos, y debido a los sesgos clínicos y de género, sucede que se pasa por alto la clínica al normalizar, ignorar o psicosomatizar los dolores que expresan las pacientes. En otros casos, se prioriza la prueba complementaria por encima de los síntomas expresados, dando lugar a falsos negativos, como sucede en el caso de la endometriosis profunda, que produce dolores pero tiene escasa expresión ecográfica. En ambas situaciones se da por sentado que está todo bien y no se continúa con la investigación sobre el origen del dolor.

Si las/os profesionales sanitarias/os se saltan esta parte clínica difícilmente se sospechará la enfermedad y, en consecuencia, no se llevará a cabo una pronta derivación y un diagnóstico temprano de la misma.

El diagnóstico

La importancia que reside tras el correcto diagnóstico es poder orientar de manera certera el tratamiento. En base a la bibliografía consultada, a continuación se especifican sucintamente los pasos a seguir de manera escalonada:

- 1. Historia clínica.** También es importante preguntar por los ciclos de las mujeres de la familia de la paciente. Los antecedentes familiares son fundamentales, puesto que en algunas familias se ha normalizado tanto el dolor que no se comenta como algo alarmante.
- 2. Exploración física.** Examen físico pélvico, tacto vaginal, tacto rectal.
- 3. Pruebas de imagen** (pruebas complementarias). Se usan cuando hay sospecha pero el diagnóstico no está claro. Las más comunes son ecografía transvaginal y resonancia magnética (sobre todo para zona extragenital). En ambas la/el profesional debe estar entrenada/o en su uso y lectura. Se pueden usar otras pruebas para algunos casos concretos, dado que la localización de la endometriosis puede alejarse de la zona pélvica (por ejemplo, sistema reno-vesical, digestivo, cerebro, tórax, etc.).
- 4. Test con medicamentos específicos para el tratamiento de la endometriosis** (anticonceptivos orales en pauta continua, o análogos del factor liberador de gonadotropina) como forma de identificar si la patología está o no presente. Si la respuesta a dicho test es positiva, el diagnóstico está claro (Carmona, 2021).
- 5. Laparoscopia.** Actualmente no se recomienda como prueba diagnóstica puesto que supone riesgos innecesarios. Existen pruebas de imagen más precisas y resolutivas. Si se decide hacerla, los beneficios deben superar los riesgos.

Elaboración propia a partir de Agarwal et al. (2019), Al Adib (2020), Carmona (2021) y Women's Health Institute (consultado en Julio 2021).

El diagnóstico en la adolescencia es más difícil, porque de manera general se trata de tipos peritoneales y las técnicas de imagen en estos casos no son precisas. A esto debemos sumarle que muchas chicas todavía no han mantenido relaciones sexuales y no se les puede realizar una ecografía transvaginal. Por lo tanto, para ellas lo mejor sería probar con el test de prueba que se especifica en el punto 4 de la tabla anterior.

Tratamiento

Lo que más cambio ha sufrido a lo largo de los años en relación al abordaje de la endometriosis es el tratamiento. Actualmente las/os especialistas creen que la cirugía debe dejar de considerarse como primera opción y, aunque desempeña un papel muy relevante en el tratamiento de la enfermedad, sólo debe recurrirse a ella en casos muy concretos y reflexionados. Por lo tanto, el tratamiento médico es prioritario y está encaminado a reducir o eliminar el dolor y mejorar la fertilidad (Carmona, 2021),

eliminar los focos visibles y evitar la progresión de la enfermedad, aunque “*por el momento no existe ningún tratamiento capaz de lograr [estos] cuatro objetivos terapéuticos básicos*” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, pág. 30).

Es importante destacar que no existe el tratamiento idóneo para esta patología, debiendo en todos los casos individualizar según cada mujer y en función de su edad, su deseo gestacional, la extensión y/o severidad de los focos, etc. Por ahora el **tratamiento estándar** es el hormonal acompañado en ocasiones de cirugía (Carmona, 2021).

Por último, la endometriosis debe tratarse de manera multidisciplinar debido a que es capaz de producir síntomas que pueden afectar a muchas facetas de la vida de la mujer, no solo a la física. Por tanto, muy importante que no solo haya profesionales de la medicina que traten a estas mujeres, sino que también son necesarios profesionales de la enfermería, la fisioterapia, la psicología, etc.

Escalones terapéuticos (Carmona, 2021; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014):

1. **Tratamiento analgésico.** Antiinflamatorios: ibuprofenos, Enantyum. Para mujeres jóvenes, con dolores leves o que están buscando un embarazo.
2. **Tratamientos hormonales.** Para “dormir” la enfermedad mediante dos estrategias: simular un estado hormonal similar al del embarazo o conseguir uno parecido al de la menopausia. Tienen ambos efectos secundarios, aunque los del pseudoembarazo son infinitamente más tolerables. No curan la enfermedad, pero mejoran la calidad de vida.
 - a. Gestágenos solos o anticonceptivos hormonales combinados. Cumplen una función doble porque producen anovulación: consiguen que la mujer deje de ovular y de generar estrógenos, y, por tanto, de tener síntomas de endometriosis. No producen hipertensión, enfermedad cardiovascular, hemorragia cerebral, trombosis, etc.
 - b. Estrógenos. De los más utilizados para el tratamiento de la endometriosis. Se combina siempre un gestágeno que varía y dosis bajas de un estrógeno para evitar el sangrado.
 - c. Análogos GnRH. Lleva a un estado de pseudomenopausia. Se prescriben cuando no mejoran los síntomas con el tratamiento médico hormonal estándar. Produce muchos efectos secundarios.
3. **Tratamientos experimentales.** Inhibidores de la aromatasas, antagonistas del factor liberador de gonadotropina (a partir de 2021 también se comercializarán en España), moduladores selectivos de los receptores de hormonas (todavía no se comercializan), inmunomoduladores y antioxidantes (muy prometedores, pero todavía en fase experimental).

4. Cirugía. Una vez se tiene clara la opción de la cirugía se debe seguir el principio de “*ser radical con la enfermedad pero conservador con la función*” (Carmona, 2021, pág. 96):

- a. Cirugía de quistes de ovario. Desde hace unos años se destruye el tejido con láser conducido por fibra óptica, más precisa y respetuosa.
- b. Histerectomía. En muchos casos la histerectomía por sí misma no cura la enfermedad, pues puede haber múltiples focos.
- c. Extirpación de ovarios. La intervención tiene unos efectos secundarios tan considerables que debe recurrirse a ella solo en casos muy específicos. Si se opta por ella, se debe eliminar también toda la enfermedad asociada, porque las hormonas sintéticas que tendrá que tomar la paciente seguirán estimulando los focos restantes.

El impacto psicosocial

Todas las enfermedades tienen un impacto psicológico, pero la repercusión de las crónicas tiene una relevancia muy importante. La endometriosis, además, es un tipo de enfermedad compleja que puede afectar a muchos ámbitos vitales en paralelo.

Algunas pinceladas sobre el impacto psicosocial de la endometriosis:

- **Incomprensión y sentimientos de culpa** por cómo las mujeres son tratadas durante todo el proceso de peregrinaje médico en busca de respuestas a su dolencia.
- **Impacto laboral y económico.**
 - Perjudica las carreras profesionales por no rendir y estar a la altura de las expectativas.
 - Según un estudio realizado por Francisco Carmona y su equipo, las mujeres con endometriosis tienen una pérdida de productividad laboral mucho mayor que las mujeres que no la padecen, cifrada en 11 horas semanales. Esta pérdida se da tanto por absentismo como por presentismo con baja productividad.
- **Círculo social y familiar.**
 - Imposibilidad de compatibilizar el dolor con el ocio debido a que el dolor es muy incapacitante.
 - Incomprensión social.
- **Problemas sexuales y de pareja.**
 - El sexo doloroso (dispareunia) provoca disminución del deseo sexual.
 - La infertilidad puede tener un gran impacto en las parejas que planeaban tener hijas/os.
- **Niveles de ansiedad y depresión elevados** producto de la enfermedad y sus consecuencias.

Elaboración propia a partir de Carmona (2021).

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

A pesar de su elevada prevalencia entre la población femenina, las mujeres afectadas suelen tardar una media de 8 años en obtener un diagnóstico de endometriosis desde que reportan los primeros síntomas, complicando e incluso cronificando la enfermedad.

Este retraso puede explicarse como resultado de varios factores relacionados. Por una parte, no hay que perder de vista que se trata de una enfermedad que afecta sólo a las mujeres y que cursa, primordialmente, con dolor, estando éste la mayoría de veces asociado con la menstruación. Socioculturalmente entendemos de forma errónea que el dolor menstrual es normal y que si no se consigue gestionar es sinónimo de debilidad, con lo que su expresión queda estigmatizada. Encontramos aquí una primera barrera para el diagnóstico temprano de la enfermedad: una joven tenderá en menor medida a buscar atención médica si se socializa en la idea de que el dolor es algo que sufren todas y que debería poder sobrellevarse sin mayor dificultad. Por otra parte, el ámbito de la medicina no escapa a dicho sesgo de género. Así, estos sesgos presentes en la atención sanitaria conducen también a la normalización del dolor menstrual, a la psicologización de las enfermedades físicas y de las quejas femeninas y, por ende, a la invisibilización e infradiagnóstico de la endometriosis (Al Adib, 2019; Valls Llobet, 2017). Esto supone otra barrera al diagnóstico temprano, puesto que si en atención primaria no se sospecha la enfermedad, no se llevarán a cabo las derivaciones a las/os especialistas pertinentes. Puede darse que una mujer lleve buscando ayuda profesional médica durante años sin éxito (Carmona, 2021). Por si todo lo anterior fuera poco, habría que añadir además el desconocimiento a nivel general sobre el ciclo menstrual y sus alteraciones, fruto de una larga historia de discriminación e invisibilización en torno a lo femenino y que resulta especialmente relevante en el caso de las mujeres y de las/os profesionales sanitarias/os.

Es preciso destacar que *“el 20% de los diagnósticos de endometriosis se emiten a chicas adolescentes, de menos de 20 años”* (Carmona, 2021, pág. 34). De hecho, según la Direcció General de Planificació en Salut (2016) la mitad de las mujeres que padecen endometriosis presenta síntomas en la adolescencia, antes de los 20 años.

En el contexto del presente trabajo, el ciclo menstrual es entendido como una herramienta diagnóstica y de autoconocimiento fundamental para las mujeres. Tal y como afirma Valls Llobet (2017), el ciclo menstrual es un signo vital que nos aporta información valiosa sobre nuestro estado de salud global. Su conocimiento nos permite

identificar e interpretar señales sintomáticas que se “desvíen de la norma” a modo de “alarmas” para evitar problemas a largo plazo (Sanz, 2021), como bien sucede en el caso de la endometriosis. De hecho, determinadas alteraciones del ciclo son la principal vía de sospecha de esta enfermedad, por lo que es preciso tener la información y las herramientas necesarias para abordarla rápida y correctamente, conformándose como un factor de protección. En consecuencia, se evidencia como una necesidad urgente sensibilizar tanto a profesionales de la salud (especialmente de la atención primaria) como a mujeres jóvenes en relación al ciclo menstrual y a los sesgos de género en salud.

En el presente trabajo se ha optado por trabajar con la prevención primaria en adolescentes, dada la relevancia del tema en esas edades, como se argumentará detalladamente en el apartado relativo a las características de la población diana. Concretamente, se trabajará a través de una propuesta formativa centrada en la salud menstrual como herramienta para la prevención de la endometriosis. Dicha propuesta persigue los siguientes objetivos generales, los cuales son transversales a toda la formación:

- Aumentar el autoconocimiento de las jóvenes respecto al ciclo menstrual para que su autonomía como posibles pacientes se vea fortalecida.
- Visibilizar una enfermedad todavía silenciada.

Por otra parte, existen una serie de objetivos específicos que están estrechamente ligados a los contenidos concretos de la propuesta formativa. Son los siguientes:

- Romper mitos, creencias y estigmas relacionados con la menstruación.
- Aprender a identificar los sesgos de género en la atención sanitaria.
- Mejorar los comportamientos de búsqueda de salud de las jóvenes
- Mejorar el bienestar físico, emocional y social de las jóvenes.

La implantación de iniciativas como la presente revertiría en la toma de conciencia y posterior demanda de una mejor atención sanitaria para todas y todos en igualdad de condiciones. Además, la mayor sensibilización de las jóvenes podría operar, a través de la comunicación en sus contextos más cercanos (familia, amistades, etc.), un cambio en relación a la percepción social de los procesos de salud sexual de las mujeres.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

CONTEXTUALIZACIÓN

Se propone un proyecto de prevención primaria para adolescentes relacionada con la salud menstrual. El concepto de **salud menstrual** se entiende en el contexto de este trabajo como un fenómeno que abarca factores estructurales que tienen un impacto directo negativo en el disfrute de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Desde Naciones Unidas, el 5 de Marzo de 2019, un grupo de expertas/os lanza un comunicado a la comunidad internacional en el que se enfatiza la necesidad de legislar y educar en relación al ciclo menstrual porque sigue conduciendo a la discriminación de las mujeres y niñas, tanto socialmente como por parte de las/os profesionales de la salud, generando retrasos en el diagnóstico de enfermedades ginecológicas. Respecto a este último punto, la recomendación general nº 24 de la CEDAW (1999) requiere que los Estados parte vigilen y respeten en materia de atención médica las necesidades específicas de la mujer, como la menstruación, pues pueden verse condicionadas por factores socioculturales.

Los tres bloques temáticos de los que se compone la propuesta formativa que se presenta se basan en esta definición de salud menstrual que ofrecen distintos organismos internacionales, articulándola con factores biopsicosociales y enmarcándola en un contexto de derechos humanos.

En este sentido, es importante señalar que en 2017 se presenta en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados español una propuesta de Plan Nacional de la Endometriosis, que se compone de cinco puntos fundamentales, estando uno de ellos relacionado con la urgencia de realizar campañas de visibilización sobre la enfermedad en colaboración con las asociaciones de afectadas. Actualmente dicho Plan sigue sin ponerse en marcha. Sin embargo, las diferentes asociaciones de endometriosis en nuestro país, siguiendo las recomendaciones de la Guía de Atención a Mujeres con Endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (2013), se dedican incansablemente a sensibilizar a la sociedad sobre la enfermedad y su abordaje, colaborando con distintos agentes institucionales y sociales.

En el caso de las Islas Baleares, este año 2021 se ha creado la delegación oficial de ADAEC (Asociación Estatal de Afectadas de Endometriosis): ADAEC Baleares.

Debido a la actual situación de pandemia, a día de hoy no han iniciado ninguna acción, por lo que sería interesante poder ofrecer en este contexto asociacionista una propuesta de formación en salud menstrual como herramienta de prevención de la endometriosis que reúna las siguientes características:

1. Formulada específicamente para ser impartida en los centros de educación secundaria.
2. Normalmente la salud menstrual se trata de una manera muy general en las campañas de sensibilización sobre la endometriosis. Por este motivo se propone una formación que incida en el concepto de salud menstrual antes comentado, pues se halla íntimamente vinculado con el posible diagnóstico temprano de la enfermedad.

De acuerdo con este escenario, la asociación será la que llegará a acuerdos con las comisiones de convivencia de los centros educativos de secundaria y trabajará en colaboración con las/os profesionales de enfermería ginecológica de los centros de salud de cada municipio. Recordemos que el IB-Salut ofrece dentro de su cartera de servicios la promoción y educación para la salud en centros educativos, y siempre es interesante que la endometriosis sea explicada por profesionales sanitarias/os de la atención primaria.

POBLACIÓN DIANA

La intervención incide en alumnas de 4º de ESO y 1º de Bachillerato de los centros públicos de educación secundaria de las Islas Baleares, con edades comprendidas entre los 14 y los 16 años, ordinariamente. Los motivos por los que se trabaja con dicha población son:

1. La menarquia suele suceder entre los 10 y los 16 años, siendo más frecuente que aparezca a los 12 o 13 años.
2. Según el currículum de educación de nuestra comunidad autónoma para la ESO, durante el primer ciclo (1º y 3º) las alumnas habrían tratado aspectos básicos relacionados con la promoción de la salud y con la anatomía y fisiología humana. Así, llegan con los conocimientos fundamentales al segundo ciclo. Por otra parte, en las Islas Baleares la tasa de abandono escolar temprano es considerable, por lo que se considera oportuno realizar dichas formaciones antes de finalizar la etapa de educación obligatoria.
3. El motivo para incluir a las alumnas de 1º de Bachillerato es la probabilidad de que la menarquia tenga lugar durante los últimos años de la horquilla antes mencionada, por lo que podrían manifestar cierta motivación hacia las formaciones.
4. En chicas más jóvenes el contenido de las formaciones puede generar alarma al relacionar ciclo menstrual con enfermedad. Es preferible que tengan la menstruación o estén cerca de tenerla.

La endometriosis y las principales barreras para su diagnóstico temprano tienen un impacto directo en las mujeres, por eso las formaciones están pensadas especialmente para ellas. Cabe añadir que la adolescencia es una etapa en la que expresarse libremente sobre determinados temas puede generar sentimientos de cohibición. Es por eso que en esta formación en concreto se crea un espacio donde las jóvenes puedan hablar sin ningún tapujo sobre la menstruación, primero, entre ellas.

Los alumnos también realizarán en el mismo lapso de tiempo formaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género.

Los únicos criterios de inclusión para la propuesta formativa son, por lo tanto, la edad y el sexo del alumnado.

PROPUESTA FORMATIVA EN SALUD MENSTRUAL COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE LA ENDOMETRIOSIS: CONTENIDO

Compuesta por tres bloques temáticos teóricos y un breve bloque práctico relacionado con alguno de los temas tratados en la parte teórica. Cada uno de los bloques temáticos persigue unos objetivos específicos relacionados con el contenido. Los objetivos generales presentados en el apartado de justificación son transversales a toda la propuesta formativa.

BLOQUE TEÓRICO

Ciclo menstrual²

Objetivos específicos:

Romper mitos, creencias y estigmas relacionados con la menstruación.

Mejorar el bienestar físico, emocional y social de las jóvenes.

¿Qué veremos?

- Breve repaso de la anatomía genital femenina externa e interna.
 - Interna. Útero, ovarios, trompas uterinas, cuello uterino, vagina.
 - Externa. Vulva (clítoris, labios mayores y menores y sus correspondientes orificios: uretra, orificio vaginal), monte de venus.
- Ciclo menstrual y menstruación. ¿Qué son? ¿Son lo mismo?
- Ejemplo de un caso ideal de ciclo menstrual (28 días)
 - Ciclos endometrial y ovárico.
 - Fases folicular y lútea.
 - Hormonas y funciones hormonales predominantes.

FASE LÚTEA Día 1-14 aprox.	FASE FOLICULAR Día 14 a 28 aprox.
CICLO OVÁRICO	
Estrógenos.	Progesterona.
CICLO ENDOMETRIAL O UTERINO	
<i>Menstruación + Proliferativa</i>	<i>Secretora.</i>

² El material para el desarrollo de este bloque se encuentra en el Anexo II.

- Entender el ciclo menstrual como signo de salud global.
 - Interdependencia con los sistemas endocrino e inmunológico.
 - Influencias ambientales: alimentación y estrés.
- ¿Qué es un ciclo menstrual sano? TIPS para aprender a identificar alteraciones.
 - Dolor (*molestia* contracción uterina vs. *dolor* dolencia subyacente). Que duela no es normal.
 - Síndrome premenstrual.
 - Cantidad y volumen de sangrado. Existencia de intersangrado.
 - Color de la sangre.
 - Periodicidad/regularidad.
 - Flujo vaginal.
- Dinámica: rompiendo mitos en torno a la menstruación.
- Recursos web de utilidad. Se repartirán *flyers*³ con algunas referencias web y perfiles Instagram en relación con la salud menstrual y la endometriosis: Cyclo, Menstruita, Iacaravanaroja, Xusa Sanz, Miriam Al Adib, aguasdeluna, etc.

Sesgos de género en la atención sanitaria

Objetivos específicos:

Aprender a identificar los sesgos de género en atención sanitaria.

¿Qué veremos?

- Sexo y género. ¿En qué se diferencian? ¿Qué relación tienen?
- ¿Qué es el sesgo de género en medicina?
- Sesgo de género en atención sanitaria a través de un ejemplo práctico.
 - Normalización y psicologización del dolor en mujeres.

Endometriosis

Objetivos específicos:

Mejorar los comportamientos de búsqueda de salud de las jóvenes.

¿Qué veremos?

- ¿Qué es la endometriosis? Definición y sintomatología.

³ El flyer que contiene recursos web en sobre ciclo menstrual se encuentra en el Anexo III.

- El retraso en el diagnóstico. ¿Por qué sucede?
 - A nivel social: desconocimiento y estigma en relación a la menstruación y normalización del dolor menstrual.
 - ✓ Dinámica: dime que tienes la menstruación sin usar esa palabra.
 - A nivel sanitario: sesgos de género en atención sanitaria (*ya comentado*).
- Dónde acudir. Se repartirán *flyers*⁴ con las principales asociaciones de afectadas de endometriosis y los principales hospitales de referencia. Puede ser interesante para que los padres y madres lo puedan consultar.
- TIPS estilo de vida para dismenorrea y endometriosis.
 - Dieta. Dieta antiinflamatoria rica en antioxidantes, que influyen de manera adecuada en el metabolismo de los estrógenos. Condimentos con función antioxidante: limón, canela, ajo, cúrcuma, curry, clavo, etc. La importancia de beber agua.
En las diapositivas podrán ver una lista de alimentos recomendados.
 - Ejercicio durante la pubertad (aunque no de alto rendimiento) puede prevenir la endometriosis. En general deben evitarse los ejercicios de contracción pélvica, como los ejercicios de Kegel, y los de contracción abdominal, como los hipopresivos. Están más indicados los ejercicios que trabajen la musculatura abdominal y la relajación del suelo pélvico de forma prolongada.
 - Fisioterapia.
 - Técnica mindfulness con profesionales preparadas/os.

BLOQUE PRÁCTICO (TALLERES)

Las alumnas podrán elegir entre:

- Visualización del documental “Endometriosis: la punta del iceberg” (50 minutos).
- Visualización del documental “Monthlies: La Luna en ti” (duración: 30 minutos). Posterior debate.
- Aprender a hacer un diagrama o registro menstrual.
 - Relacionaremos cada fase con las distintas emociones predominantes.
 - Se les informará sobre apps móviles para controlar el ciclo menstrual.

⁴ El flyer que contiene información sobre Endometriosis se encuentra en el Anexo III.

TEMPORALIZACIÓN

PROPUESTA FORMATIVA EN SALUD MENSTRUAL COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE LA ENDOMETRIOSIS			
Horario lectivo	Contenidos	Tiempo aproximado por cada tema	Tiempo total por bloque
8:00 – 8:55	Breve repaso de la anatomía genital femenina externa e interna.	15 minutos	Bloque Ciclo Menstrual: 2 horas y 45 minutos
	Ciclo menstrual y menstruación.	5 minutos	
	Ejemplo de un caso ideal (28 días).	35 minutos	
8:55 – 9:50	Ciclo menstrual como signo de salud global.	10 minutos	
	Tips para identificar alteraciones del ciclo.	45 minutos	
9:50 – 10:45	Rompiendo mitos	50 minutos	
	Recursos web (<i>flyer</i>)	5 minutos	
Descanso		30 minutos	
11:15–12:10	Sesgos de género en atención sanitaria	55 minutos	Bloque Sesgos de Género: 55 minutos
12:10–13:05	Qué es la endometriosis. Retrasos en el diagnóstico	55 minutos	Bloque Endometriosis: 1 hora y 50 minutos
13:05–14:00	Tips estilo de vida para endometriosis y dismenorrea	40 minutos	
	Dónde acudir (<i>flyer</i>)	15 minutos	
Descanso		10 minutos	
14:10–15:00	Taller	50 minutos	50 minutos

La presente propuesta se ha diseñado pensando en que se ajuste al horario lectivo de los centros educativos, respetando los tiempos de recreo y los descansos breves cada 55 minutos. La formación se llevará a cabo en dos sesiones, que se podrán realizar en jornadas consecutivas o espaciadas, la cual cosa quedará bajo elección de la comisión de convivencia del centro. Así, la primera sesión contiene los bloques relativos a “Ciclo

menstrual” y “Sesgos de género”, respetando el horario y los 30 minutos de recreo. La duración total sería de 4 horas y 10 minutos. Por otro lado, la segunda sesión contiene el bloque “Endometriosis” y el taller final, respetando el horario y los 10 minutos de recreo. El tiempo de descanso es breve, habiéndose planteado por ello el taller para justo después. La duración total de esta sesión sería de 2 horas y 50 minutos.

La ratio de alumnado por sesión sería de aproximadamente 25-30. Esto es así por dos motivos fundamentales:

1. Teniendo en cuenta la situación sanitaria generada por la Covid-19, se deben respetar la distancia interpersonal y el aforo prudencial en instalaciones cubiertas.
2. Esta formación sigue una metodología participativa. Si bien la mayoría de las sesiones son exposiciones con apoyo audiovisual, se va a fomentar en la medida de lo posible la colaboración de las alumnas. Existen dos dinámicas en las que se va a pedir explícitamente a las asistentes que intervengan, por lo que sería conveniente para su óptimo funcionamiento que las alumnas por sesión no fueran demasiadas. Las dinámicas son:
 - a. *Rompiendo mitos en torno a la menstruación* (del bloque “Ciclo Menstrual”), que persigue el objetivo de tomar conciencia sobre los muchos mitos que todavía suscita el ciclo menstrual.
 - b. *Dime que tienes la menstruación sin usar esa palabra* (del bloque “Endometriosis”), para visibilizar la gran cantidad de eufemismos que se siguen utilizando para nombrar este proceso fisiológico y que sigue perpetuando el tabú.
 - c. Además, se llevará a cabo un taller final, de contenido práctico, donde se tratarán aspectos relacionados con los bloques temáticos. Se les comunicará a las alumnas las tres opciones posibles y se realizará la más votada.

El número de jornadas dedicadas a la propuesta formativa dependerá del número total de alumnado en cada curso. Por ejemplo, en el caso del IES Llorenç Garcías i Font del municipio de Artà y según su documento PEC actualizado (2019-2023), el alumnado total de 4º de ESO es de 51 y el de 1º de Bachillerato de 59. Calculando que aproximadamente la mitad sean chicas, tendríamos 26 en el caso de 4º de ESO y 30 en

el caso de 1º de Bachillerato. Se deberían dedicar dos jornadas formativas completas, una para cada curso escolar, siendo 4 el total de sesiones dedicadas para ese centro en concreto.

La comisión de convivencia del centro educativo deberá sopesar y valorar la capacidad y disposición para llevar a cabo la presente propuesta formativa.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Recursos humanos

- Psicóloga experta en género (como voluntaria de AEDEC Baleares o en nombre de dicha asociación). Impartirá los bloques “ciclo menstrual” y “sesgos de género en atención primaria”. Es la persona que planifica, organiza, coordina y evalúa la propuesta de formación.
- Enfermera/o especialista en ginecología y obstetricia del centro de salud municipal. Impartirá el bloque “endometriosis”.
- Personal docente del centro de educación secundaria interesado en apoyar en las sesiones.

Recursos materiales

Para impartir las sesiones serán necesarios los siguientes recursos:

- Por parte del centro de educación secundaria:
 - Disponibilidad de un aula con capacidad suficiente para la ratio de alumnas. Por ejemplo, el salón de actos.
 - Un proyector, una pantalla mural y altavoces para exponer el material audiovisual.
- Por parte de las/os profesionales que imparten la formación:
 - Un ordenador portátil y el correspondiente material audiovisual. Cada profesional dispondrá de su temario a impartir en forma de diapositivas (en soporte pendrive o en plataforma digital a elección de la persona).
 - Los flyers y los cuestionarios de evaluación se enviarán a través de la plataforma Google Classroom a todas las alumnas. Allí tendrán disponible todo el material de consulta y podrán contestar los test vía telemática. Las/os tutores de los cursos serán invitados como revisores en Google Classroom. Si alguna alumna solicitara el material en papel también se dispondrá de algunas copias preparadas.
 - 50 cartulinas de color verde y 50 cartulinas de color rojo, tamaño DIN A5, para la dinámica “rompiendo mitos en torno a la menstruación”.
 - Folios en blanco para el taller “Diagrama o registro menstrual”.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Las estrategias que van a servir para evaluar el éxito a corto plazo de la propuesta formativa son:

- Número de alumnas que han visualizado y/o **descargado los materiales** colgados en las plataformas digitales.
- **Grado de participación** por parte de las alumnas, en forma de preguntas o intervenciones a lo largo de la jornada.
- **Nivel de conocimientos adquiridos** y **grado de satisfacción** con las formaciones mediante cuestionarios pre- formación y post-formación⁵.

Antes de empezar las formaciones se les pedirá a las alumnas que respondan a un breve cuestionario (8 preguntas) para valorar el nivel de conocimientos que tienen respecto al contenido que trataremos. Puede ser útil, precisamente, como paso previo para orientar mínimamente las formaciones en función de lo que digan saber.

Lo mismo se les solicitará al finalizar la jornada formativa con el objetivo de comprobar si han afianzado los aspectos teóricos más básicos (5 preguntas). En este cuestionario posterior también se han incluido una serie de preguntas relacionadas con el grado de satisfacción en relación a la propuesta formativa (5 preguntas).

Se podría incluir como estrategia de evaluación del éxito a largo plazo:

- Nuevas peticiones de formaciones en ese mismo centro para próximos cursos lectivos.
- Peticiones de formación en otros centros por recomendación de los que ya las hayan acogido.

⁵ Los cuestionarios están disponibles en el Anexo I.

DAFO

ANÁLISIS EXTERNO	ANÁLISIS INTERNO
<p data-bbox="517 327 778 356" style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <p data-bbox="225 405 778 539">El éxito de la propuesta puede tener un efecto multiplicador. Que guste, se recomiende y se quiera llevar a cabo en otros centros.</p> <p data-bbox="225 584 778 763">Mayor concienciación y autoconocimiento por parte de las chicas en relación a su ciclo para que se enfrenten con seguridad e información al mismo.</p> <p data-bbox="225 808 778 943">La formación puede llegar, a través de las jóvenes, a las familias y amistades, revirtiendo en una mejor convivencia social.</p> <p data-bbox="225 987 778 1021">Visibilizar una enfermedad poco conocida.</p> <p data-bbox="225 1066 778 1144">Demanda de una mejor atención sanitaria para todas y todos en igualdad de condiciones.</p>	<p data-bbox="1155 327 1358 356" style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <p data-bbox="804 405 1358 483">El coste monetario es mínimo tanto para la organización como para el centro.</p> <p data-bbox="804 528 1358 607">El horario lectivo facilita que las chicas asistan.</p> <p data-bbox="804 651 1358 786">Es una formación que incide en la prevención primaria en salud menstrual, lo cual es una herramienta útil para toda la vida.</p> <p data-bbox="804 831 1358 920">Máxima digitalización posible usando NTIC para que las jóvenes se sientan cómodas.</p> <p data-bbox="804 965 1358 1043">Las personas que imparten la formación son profesionales cualificadas.</p> <p data-bbox="804 1088 1358 1167">Hacemos partícipes a la docencia del centro invitándoles a participar activamente.</p>
<p data-bbox="608 1225 778 1254" style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <p data-bbox="225 1301 778 1435">Posibles reticencias por parte del centro por el horario y especialmente, si no integran la perspectiva de género.</p> <p data-bbox="225 1480 778 1615">Dependencia del centro para el éxito de la propuesta, pues si no acceden a acoger la formación ésta no se implementa.</p> <p data-bbox="225 1659 778 1839">No existe Plan Nacional de Endometriosis en el que apoyarnos para la difusión de información sobre salud menstrual y endometriosis.</p> <p data-bbox="225 1883 778 1962">Se puede generar alarma al relacionar menstruación con enfermedad.</p>	<p data-bbox="1155 1225 1358 1254" style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <p data-bbox="804 1301 1358 1379">La propuesta formativa va dirigida exclusivamente a las chicas.</p> <p data-bbox="804 1424 1358 1603">En relación a la debilidad anterior, podría perpetuar la idea de que la menstruación es algo de lo que hablar “a escondidas” de los chicos.</p> <p data-bbox="804 1648 1358 1783">La realización de la formación se enmarca dentro del horario lectivo del centro, por lo que se deben perder algunas clases.</p> <p data-bbox="804 1827 1358 1962">La duración de la formación es de 7 horas, lo que supone mucha carga mental. Puede que las alumnas pierdan el interés.</p>

OBSERVACIONES

Las diferentes asociaciones de afectadas de endometriosis en España coinciden en señalar la necesidad de sensibilizar también a los varones sobre la endometriosis, así como de romper estigmas y mitos sobre la menstruación. En el caso del presente trabajo se ha decidido realizar una actividad solo para las jóvenes, para ver cómo respondían a las mismas y, tal y como se ha comentado anteriormente, debido a que son las principales afectadas. No obstante, aunque en apariencia pueda parecer un problema que tiene que ver con experiencias que suceden de forma individual entre la población femenina, se entiende que realmente se trata de una manifestación de raíces estructurales: se trata de un problema público de desigualdad que, por tanto, debe ser abordado de forma integral y como consecuencia, debería ser politizado para su efectiva solución. Y eso deriva en la implicación de todas y de todos.

El presente trabajo únicamente pretende ofrecer una propuesta, cuyos objetivos no son muy ambiciosos pero sí muy importantes. La toma de conciencia es el primer paso para un posible cambio. Un proyecto más exhaustivo y completo implicaría unos objetivos y unos recursos que sobrepasan con mucho las expectativas realistas que se exigen en el presente trabajo.

Por último, se ha pretendido un proyecto aplicable al actual contexto para el abordaje de la endometriosis, en el que los principales agentes en la difusión de la misma son las asociaciones de afectadas y las/os profesionales de las unidades clínicas multidisciplinares para el abordaje de la endometriosis (Regional de Málaga, Clínic de Barcelona, La Paz y 12 de Octubre de Madrid son las de mayor tradición). En algunas Comunidades Autónomas se han producido ciertos avances, como por ejemplo en el caso de Andalucía, que fue la primera en editar una guía sobre el tratamiento de la Endometriosis. Cataluña hizo lo propio en 2016. A nivel estatal contamos con otra guía editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Carmona, 2021). No obstante, son avances parciales y sin base unificada, que podría ser corregido por un plan de acción nacional que está tardando mucho en llegar.

BIBLIOGRAFÍA

- Agarwal, S.K., Chapron, C., Giudice, L.C., Laufer, M.R., Leyland, N., Missmer, S.A., Singh, S.S. y Taylor, H.S. (2019). Clinical diagnosis of endometriosis. A call to action. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220 (4), 354-364. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293781930002X>
- Al Adib Mendiri, M. (2019). *Entender la endometriosis*. Italia: Amazon Italia.
- Al Adib Mendiri, M. (2019). *Hablemos de vaginas*. Madrid: Oberon.
- Bosch, E., Ferrer, V.A. y Gili, M. (2020). *Historia de la misoginia*. Barcelona: Anthropos editorial.
- Cabré i Pairet, M. y Salmón Muñiz, F. (2013). *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*. Santander: Ediciones Universidad de Cantabria.
- Carmona, F. (2021). *Endometriosis. La guía para entender qué es y cómo cuidarte*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Carmona, F. (s. f.). *Endometriosis*. Women's Health Institute. Recuperado 5 de julio de 2021, de https://www.womens.es/enfermedades/endometriosis/#Cual_es_el_tratamiento
- Direcció General de Planificació en Salut (2016). *Model d'Atenció a l'Endometriosi a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Recuperado de: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/E/endometriosi/Model-datencio-a-lendometriosi.pdf
- Esteban, M.L., Comelles, J.M. y Díez Mintegui, C. (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.
- Fernández, C.; Roca, J.R. y Pérez, E. (2016). El imaginario social de la mujer venenosa. *Investigaciones feministas*, 7 (2) 293-311. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/311849668_El_imaginario_social_de_la_mujer_venenosa_ciencia_metafora_y_hermeneutica
- Gómez Sánchez, P.I., Pardo Mora, Y.Y., Hernández Aguirre, H. P., Jiménez Robayo, S.P. y Pardo Lugo, J.C. (2012). La menstruación en la historia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30 (3) 371-377. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072012000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- IES Llorenç Garcías i Font (2019-2023). *Projecte de Direcció Actualitzat*. Recuperado de: <https://iesarta.eu/documents/Projecte%20de%20direcci%C3%B3%20IES%20Lloren%C3%A7%20Garcias%20i%20Font%202019-2023.pdf>
- Mileo, Agustina y Suárez Tomé, Danila (2018). El tabú de la menstruación como instancia productora y perpetuadora de ignorancia subjetiva y estructural. *Avatares Filosóficos*, (5), 159-171. Recuperado de: <http://revistas.filo.uba.ar/index.php/avatares/article/view/3422>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Guía de atención a mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*. Madrid: Gobierno de España. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>
- Martín Barranco, M. (2020). *Mujer tenías que ser. La construcción de lo femenino a través del lenguaje*. Madrid: Catarata.
- ONU: Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), *Recomendación General N° 24: La mujer y la salud*. CEDAW, 2 Febrero 1999. Recuperado de: <https://www.refworld.org/es/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?page=search&docid=5d7fbd5113&skip=0&query=recomendacion%20general%2024%20cedaw>
- Sánchez López, M.P. (2013). *La salud de las mujeres: análisis desde una perspectiva de género*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Sanz, X. (2021). *La revolución de la menstruación. Todo lo que debes saber sobre la salud hormonal y el ciclo*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Tarzibachi, Eugenia (2017). *Cosa de mujeres: menstruación, género y poder*. Argentina: Sudamericana Penguin Random House.
- Tasa Vinyals, E., Mora Giral, M., Raich Escursell. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 113, 14-25. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/record/132811>
- Valls Llobet, C. (2008). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Valls Llobet, C. (2017). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.

ANEXOS

ANEXO I. CUESTIONARIOS: PRE Y POST FORMACIÓN

Cuestionario pre- formación

<p>Formación en salud menstrual como herramienta de prevención de la endometriosis</p> <p style="text-align: right;">Fecha:</p> <p style="text-align: center;">Nombre del centro de educación secundaria:</p> <p><i>A continuación deberás responder a una serie de preguntas que buscan obtener una visión real del grado de sensibilización y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.</i></p> <p><i>No hay respuestas mejores ni peores, correctas o incorrectas. Solo esperamos una respuesta sincera que nos ayude a mejorar. Las respuestas serán tratadas de forma anónima.</i></p> <p><i>Muchísimas gracias.</i></p> <p>Edad:</p> <p>Curso:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Has tenido tu primera menstruación? (Sí-no).2. [Si no tienes todavía la menstruación salta esta pregunta] ¿Cuándo tienes la menstruación, tienes dolores que te impiden realizar actividades normales: ir al instituto, quedar con amistades, etc.? (Sí-no- algunas veces).3. Que la regla duela es lo normal. (Sí-no).4. ¿Hablas de la menstruación con tu familia? (Sí-no). En caso afirmativo, ¿con quién?..... En caso negativo, ¿por qué?.....5. ¿Hablas de la menstruación con tus amistades? (Sí-no). En caso afirmativo, ¿con quién?..... En caso negativo, ¿por qué?.....6. Pienso que la menstruación es un proceso biológico que está ahí, pero al que no hay que prestarle especial atención. (Sí-no).7. ¿Has recibido algún tipo de educación sexo-afectiva o programas de educación sexual y reproductiva durante tu proceso educativo? (Sí-no).8. ¿Sabes lo que es la endometriosis? (Sí- no). En caso afirmativo, ¿podrías explicarlo brevemente?

Cuestionario post- formación

CUESTIONARIO POSTERIOR Y GRADO DE SATISFACCIÓN

Formación en salud menstrual como herramienta de prevención de la endometriosis

Fecha:

Nombre del centro de educación secundaria:

A continuación deberás responder a una serie de sencillas preguntas relacionadas con el contenido temático que has visto durante las formaciones de hoy. Como ya sabes, no hay respuestas mejores ni peores, correctas o incorrectas. Y son anónimas. Siéntete libre de responder lo que consideres.

Se te preguntará en relación con el grado de satisfacción con la formación, también para ayudarnos a mejorar.

Muchas gracias.

Edad:

Curso:

1. Hablar de la menstruación puede ayudar a romper tabúes sociales y a vivirla en positivo. (Sí- no).
2. El género puede ser un factor que influya en la salud. ¿Qué crees?.....
3. Si el ciclo menstrual está alterado es algo que tiene que ver sólo con mi aparato reproductor. (Sí-no). ¿Por qué?.....
4. Conocer el ciclo menstrual y prestarle atención es útil porque nos puede mandar señales importantes respecto a nuestra salud (Sí-no).
5. ¿Sabrías explicar brevemente lo que sabes sobre la endometriosis? (Sí-no). En caso afirmativo, cuéntanos:.....

1. Grado de satisfacción respecto a la formación. Del 1 al 5 (5: grado de satisfacción máximo).....
2. Recomendaría esta formación a mis amigas. (Sí-no).
3. Creo que mis amigos también se interesarían por esta formación. (Sí-no).
4. Considero interesante que esta formación se imparta en otros institutos. (Sí-no).
5. Observaciones o aportaciones.....

Anexo II Bloque I El ciclo menstrual

Formación en salud menstrual
como herramienta de prevención
de la endometriosis





- **AUMENTAR CONOCIMIENTOS EN TORNO AL CICLO MENSTRUAL.**
- **ROMPER MITOS, CREENCIAS Y ESTIGMAS RELACIONADOS CON LA MENSTRUACIÓN.**
- **MEJORAR BIENESTAR FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL.**

OBJETIVOS

¿Qué veremos?

**ANATOMÍA INTERNA Y
EXTERNA APARATO GENITAL
FEMENINO**

46

**CICLO MENSTRUAL Y
MENSTRUACIÓN**

49

**EJEMPLO DE UN CASO
IDEAL**

50

**UN SIGNO DE SALUD
GLOBAL**

51

**TIPS CICLO MENSTRUAL
SANO**

52

**DINÁMICA: ROMPIENDO
MITOS MENSTRUALES**

57

Anatomía

del aparato genital femenino
interno y externo



Aprox. 15'

Interno

¿Sabes qué función cumple cada una de estas estructuras?

OVARIO

Reserva ovárica. Dos funciones principales: secretar hormonas sexuales (estrógenos, progesterona y andrógenos) y madurar en cada ciclo un óvulo dando lugar a la ovulación.

TROMPAS UTERINAS O DE FALOPIO

Pasarela entre ovarios y útero, que mediante movimiento ondulante, arrastra al óvulo fecundado hasta el útero para ser implantado. En realidad están separadas de los ovarios. Siempre nos han contado que el óvulo es el que espera pacientemente la llegada del espermatozoide, inmóvil y sin hacer nada. Esto no es cierto, nuestros óvulos se deslizan a través del tapiz del interior de las trompas en búsqueda activa del espermatozoide.

ÚTERO

Cavidad hueca en forma de pera invertida que tiene como función principal albergar y permitir el desarrollo del embrión durante el embarazo. El tejido que lo conforma está diseñado para contraerse y expandirse gracias a su gran elasticidad: son endometrio, miometrio, perimetrio. Se divide en fundus y cuello uterino/cérvix.

CUELLO UTERINO O CÉRVIX

Posee una forma cilíndrica y comunica el útero con la vagina. El moco que produce (moco cervical) cambia a lo largo del ciclo menstrual y mantiene bacterias y virus alejados del útero. Ese moco sale por la vagina en forma de flujo. Además, ayuda en la supervivencia de los espermatozoides.

VAGINA

Conducto que une el exterior (vulva) con el medio interno (útero). Canal recubierto de tejido elástico y con muy pocas terminaciones nerviosas (al contrario de lo que se suele pensar), esto es así porque se trata del canal de parto. Las paredes están pegadas la una a la otra formando un sellado.

Para la presentación utilizar una ilustración para que las alumnas vayan indicando la localización de cada estructura.

Externo: vulva

¿Sabes qué estructuras principales conforman el aparato genital externo femenino?

MONTE DE VENUS.

LABIOS MAYORES.

LABIOS MENORES.

CLÍTORIS.

SUS CORRESPONDIENTES ORIFICIOS:

- **URETRA.**
- **ORIFICIO VAGINAL.**
- **GLÁNDULAS DE BARTOLINO Y GLÁNDULAS DE SKENE.**



Para la presentación utilizar una ilustración para que las alumnas vayan indicando la localización de cada estructura.

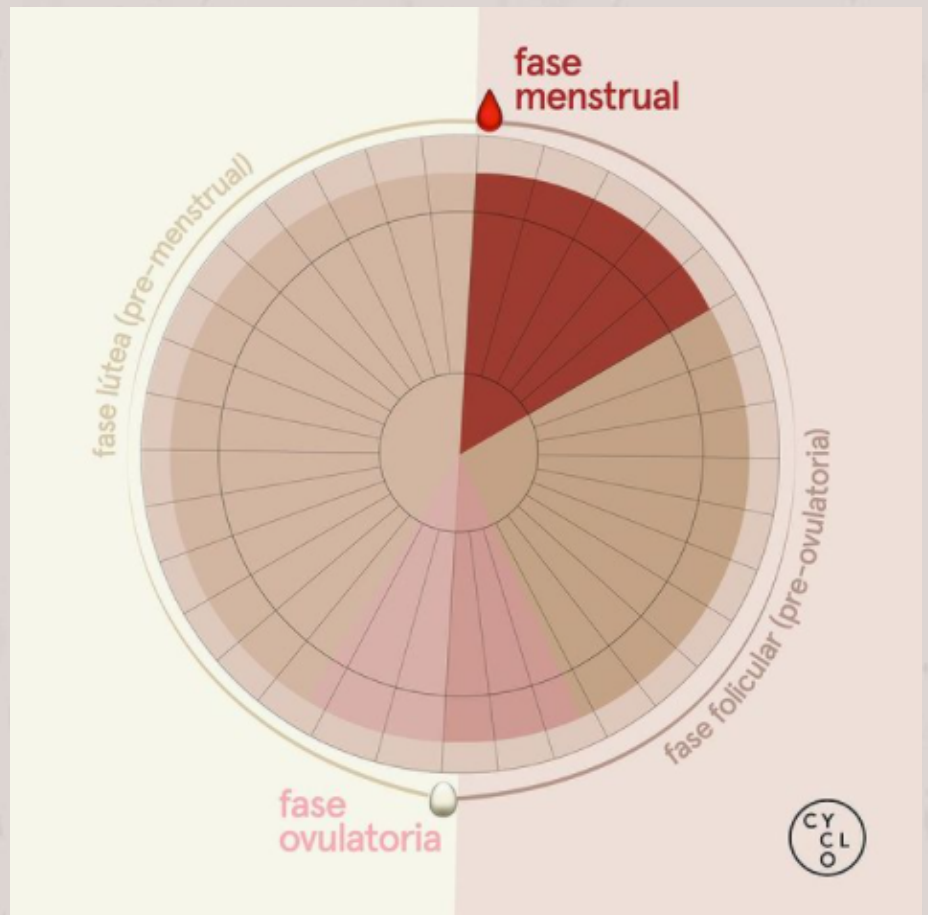
¿Ciclo menstrual = Menstruación?

¿Qué piensas?

El ciclo menstrual es mucho más que la menstruación.

La menstruación es la primera fase de tu ciclo, que normalmente abarca los 5 primeros días.

La menstruación se produce al descamarse el endometrio, al no haberse producido el embarazo.



@ilovecyclo



Aprox. 5'

Ejemplo de un caso ideal de 28 días



EL CICLO MENSTRUAL SE COMPONE DE:

- Dos escenarios: ciclo endometrial (o uterino) – ciclo ovárico.
- Dos fases: folicular y lútea.

EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-GONADAL. HORMONAS GONADOTROPINAS:

- FSH: Estimula los folículos, sacos que contienen en su interior los óvulos, con la finalidad de que maduren.
- LH: provoca la ruptura del folículo maduro y la expulsión del óvulo, dando lugar a la ovulación.

OVARIOS:

Reciben la señal de FSH y LH produciendo estrógenos, progesterona y andrógenos en cantidades concretas, dependiendo del momento del ciclo en el que nos encontremos.

El ciclo se ve afectado por cualquier cambio en otros ejes hormonales como el tiroideo o el adrenal: hormonas tiroideas, insulina, cortisol, etc.

Los estrógenos y la progesterona más allá de la función reproductiva :

- Estrógenos. Su principal función es la proliferación celular y el crecimiento de los tejidos. Tienen receptores en diversos tejidos y prácticamente todas las células del organismo los tienen: tejido mamario (tensión mamaria cerca de la ovulación), útero, huesos, piel, etc.
- Progesterona. Tiene un impacto directo en las funciones cerebrales (“hormona de la calma” porque conduce a estado de relajación).

ALTERACIÓN EQUILIBRO ESTRÓGENO-PROGESTERONA (SON ANTAGÓNICAS): PUEDE MANIFESTARSE CON ALTERACIONES FRECUENTES COMO EL SPM, LAS MIGRAÑAS, EL SANGRADO ABUNDANTE, EL DOLOR MENSTRUAL, ETC.

Ejemplo de un caso ideal de 28 días

FASE FOLICULAR DÍA 1 A 14 APROXIMADAMENTE

Hormonas en su punto más bajo.
GnRH secreta gonadotropinas, para reiniciar la estimulación de los folículos. FSH.

Desarrollo de folículos (fase folicular): desde inicio período hasta ovulación.
Mientras el folículo crece, producirá estrógenos. Cuando los niveles sean altos, la señal será captada por el hipotálamo y ordenará liberar LH, para dar paso a la ovulación (estamos en el mayor pico de estrógenos del ciclo).

1. Menstruación (fase menstrual: días que dura el sangrado). Se libera endometrio.
2. Proliferativa. Revestimiento del útero crece y se engrosa por efecto de estrógenos, hasta que la ovulación ocurra.

OVULACIÓN

FASE LÚTEA DÍA 14 A 28 (SIEMPRE ESTABLE)

Se inicia la lútea al terminar la ovulación.
La cicatriz que queda tras ruptura de folículo (cuerpo lúteo o amarillo) fabrica grandes cantidades de progesterona (hormona necesaria para mantener el embarazo). Alcanzan punto máximo a mitad de esta fase (SPM). Hipotálamo deja de secretar GnRH.

- Embarazo: cuerpo lúteo sigue secretando progesterona durante los primeros meses hasta que placenta coge el relevo.
- No embarazo: Cuerpo lúteo se degrada (10-16 días). Cuerpo albicans. Estrógenos y progesterona descienden hasta producirse la menstruación.

3. Secretora. El recubrimiento interno del útero libera sustancias químicas que ayudan a soportar un embarazo si el óvulo es fertilizado, o a desintegrar y desprender el recubrimiento en caso contrario.

¿Sabrías decir cuánto tiempo dura la ovulación?



Ovário



Endometrial

Un signo de salud global



EL CICLO MENSTRUAL CONECTA CON EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, EL SISTEMA ENDOCRINO, EL SISTEMA INMUNOLÓGICO Y EL APARATO REPRODUCTOR.

CUALQUIER DESAJUSTE EN ALGUNO DE ESTOS SISTEMAS PUEDE TENER SU REFLEJO EN NUESTRO CICLO Y EN NUESTRA MENSTRUACIÓN EN PARTICULAR.

EL CICLO MENSTRUAL, ADEMÁS, ESTÁ ÍNTIMAMENTE RELACIONADO CON NUESTRO ESTILO DE VIDA: ALIMENTACIÓN, EJERCICIO FÍSICO, ETC.

ES MUY IMPORTANTE, CHICAS. QUE NOS FIJEMOS EN NUESTROS CICLOS Y EN NUESTRAS REGLAS, PUES NOS PUEDEN ESTAR MANDANDO SEÑALES MUY IMPORTANTES EN CUANTO A NUESTRA SALUD. POR EJEMPLO:

- Las situaciones de estrés pueden provocar que se produzcan inhibiciones en la secreción de FHS y LH por una alta secreción, también, de cortisol.
- Algunas alteraciones del ciclo pueden tener una causa subyacente. La dismenorrea puede indicar en algunos casos la presencia de enfermedades ginecológicas. Ese tipo de dismenorrea se conoce como "secundaria".

¿ALGUNA DUDA RESPECTO A ESTO?

TIPS

Aprendemos a identificar un ciclo menstrual sano



Aprox. 45

Fíjate en:



DURACIÓN Y VOLUMEN DEL SANGRADO

Orientativo: dura de tres a cinco días. Pero puede durar siete o dos y que sea saludable.

Para saber si es saludable se deben incluir en la ecuación la **duración** y el **volumen** de flujo que expulsamos (no deberá ser superior a 80ml por ciclo).

Si el sangrado dura más de cinco días y a lo largo de estos cambias la compresa (entre 6 y 8 veces al día) o el tampón de forma frecuente, es probable que sea abundante. Suele asociarse a coágulos y dolor.

En Cyclo nos ofrecen estos trucos para calcular el volumen de sangrado.



¿Cómo contabilizas el sangrado?

1 compresa = 10 ml
Tanto en una compresa desechable como en una compresa de tela CYCLO.

Diferentes capacidades entre 10 y 40 ml.

Ligero = 6 - 9 ml
Regular = 9 - 12 ml
Super = 12 - 15 ml
Super plus = 15 - 18 ml

@ilovecyclo

Fíjate en:



@ilovecyclo

COLOR DE LA SANGRE

MARRÓN.

- Marrón- rojo/granate brillante- marrón: previo-regla-final. El color marrón suele aparecer al inicio del ciclo y es indicativo de oxidación, pues expulsamos primero la sangre "más antigua". Si la notas al inicio o al final de la menstruación, es normal.
- Puede ser indicativo de desajustes hormonales si es recurrente y durante toda la regla.

ANARANJADO.

- El color anaranjado durante el sangrado puede ser indicativo de infección.
- Podría ser una mezcla de sangre con flujo cervical.

ROSADO.

- Durante ovulación puede indicar ligero desprendimiento endometrio.
- Puede ser indicativo de embarazo.
- Durante el sangrado puede indicar bajo nivel de estrógenos, especialmente si es poco abundante.

ROJO BRILLANTE.

- Menstruación sana.

CONSISTENCIA:

- Acuosa. Puede indicar alguna falta nutricional, como anemia.
- Muy coagulada. Indica desarreglos hormonales.

En ambos casos se recomienda ajustar la dieta.



SI NOTAS CAMBIOS IMPORTANTES EN LA TEXTURA O EN EL COLOR DE TU SANGRE MENSTRUAL CONSÚLTALO CON PROFESIONALES DE LA SALUD.

Fíjate en:



@ilovecyclo

FLUJO VAGINAL

LA CALIDAD Y CANTIDAD DE FLUJO NOS DA MUCHA INFORMACIÓN SOBRE NUESTRA SALUD SEXUAL.

FLUJO MARRONCITO O CON SANGRE.

- Si aparece este color acompañado de ardor al orinar podría indicar vaginitis gonocócica.
- También podría ser spotting, que por sí solo es bastante habitual y normal.

FLUJO BLANCO Y GRUMOSO.

- Lo importante aquí es la consistencia. Si notas que está más grumoso de lo habitual podría ser candidiasis o alteraciones de la flora vaginal.
- Suele acompañarse de picores y olores.

NUESTRO FLUJO TAMBIÉN CAMBIA DURANTE LAS DIFERENTES FASES DEL CICLO Y ES COMPLETAMENTE NORMAL. NOS AYUDA A IDENTIFICAR CUÁNDO OVULAMOS.

Después de la regla casi no tenemos flujo.

Durante la ovulación aumenta en cantidad y se vuelve elástico. Podemos estirarlo entre nuestros dedos sin que se rompa.

Antes de la menstruación vuelve a disminuir y cambia de consistencia. No es elástico.



SI NOTAS CAMBIOS IMPORTANTES EN COLOR, OLOR Y CONSISTENCIA DE TU FLUJO CONSÚLTALO CON PROFESIONALES DE LA SALUD.

Fíjate en:



DOLOR

QUE LA MENSTRUACIÓN DUELA NO ES NORMAL.

- No es lo mismo una molestia que sentir un dolor que te impida hacer actividades cotidianas o que las tengas que realizar pasándolo muy mal. La molestia la podemos controlar aplicando calor local, haciendo uso de remedios naturales (infusiones antiinflamatorias) y que remite con analgesia.
- En una escala del 1 al 10, ¿cuánto te duele cuando tienes la regla? Si es 7 o más se trata de un dolor que habría que investigar.
- ¿Has tenido que anular planes porque te lo impedía el dolor al menstruar?

DOLOR Y SPOTTING (SANGRADO INTERMENSTRUAL).

- Es algo muy normal y habitual. Aparece durante la ovulación por pico de hormona LH.
- Sin embargo, debes identificar si se acompaña de dolor. Si es así, consulta con tu gine o con profesionales de la salud.

ALTERACIONES QUE NECESITAN REVISIÓN

CICLO DOLORO, ABUNDANTE, CON COÁGULOS GRANDES (como tu uña del dedo pulgar), CON PRESENCIA DE SPM E IRREGULAR.

- Puede ser indicativo de afecciones ginecológicas como la endometriosis.

SI NOTAS CAMBIOS IMPORTANTES CONSÚLTALO CON PROFESIONALES DE LA SALUD.

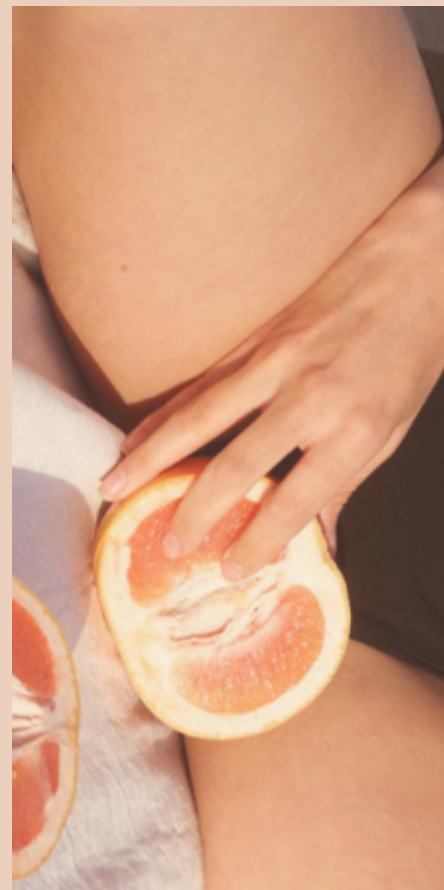
DINÁMICA

Rompiendo mitos en torno a la menstruación

OS VOY A IR LEYENDO ALGUNAS AFIRMACIONES EN TORNO AL CICLO MENSTRUAL SI CREES QUE ES CIERTA, LEVANTA LA CARTULINA VERDE. SI CREES QUE ES FALSA, LEVANTA LA CARTULINA ROJA.

Lo iremos comentando entre todas y se resolverán posibles dudas.

1. EL DOLOR MENSTRUAL ES DE ORIGEN PSICOLÓGICO.
2. EL DOLOR SOLO AFECTA A MUJERES DE MÁS DE 20 AÑOS.
3. FALTAR AL INSTI O AL TRABAJO PORQUE TE DUELE LA REGLA ES NORMAL.
4. COMO A MI MADRE Y A MI HERMANA LES DUELE MUCHO LA REGLA ES NORMAL QUE A MÍ TAMBIÉN ME DUELA.
5. TODOS LOS CICLOS MENSTRUALES SON DISTINTOS.
6. PUEDO QUEDARME EMBARAZADA DURANTE LA MENSTRUACIÓN.
7. LA MENSTRUACIÓN NO ES MÁS QUE ESO, MENSTRUACIÓN. NO APORTA NINGUNA INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE MI CUERPO.
8. LA REGLA HUELE MAL.
9. PUEDO MANTENER RELACIONES SEXUALES DURANTE MI MENSTRUACIÓN.
10. SE DEBERÍA HABLAR CON NATURALIDAD DEL CICLO CON TODO EL MUNDO, INCLUIDOS LOS CHICOS.
11. NADIE SE TIENE QUE ENTERAR DE QUE TENGO LA REGLA.
12. EXISTE UNA EDAD ESPECÍFICA PARA LA PRIMERA REGLA.
13. UN CICLO MENSTRUAL NORMAL ES EL QUE DURA 28 DÍAS.
14. SI ME BAÑO, SE ME CORTARÁ LA REGLA.
15. ES BUENO HACER EJERCICIO CUANDO MENSTRUAS.



@ilovecyclo

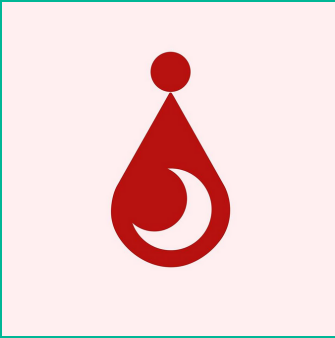
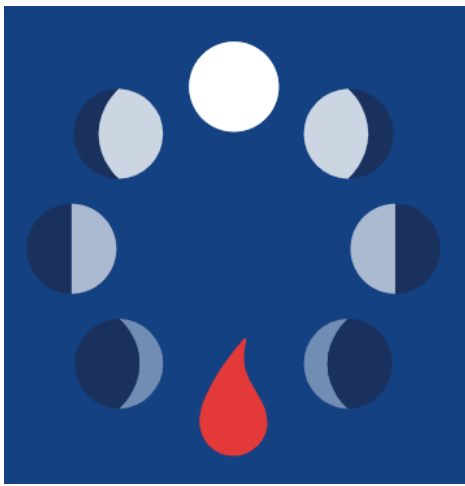


Aprox. 50'


MUCHAS GRACIAS




Las imágenes han sido extraídas de los bancos de imágenes libres "Freepik" y "Adobe Stock". En algunos casos, de la cuenta de *Ilovecyclo*, habiendo dado su consentimiento para ello.



LACARAVANAROJA.COM



@SOYXUSASANZ




@MIRIAM_AL_ADIB



@ESCUELACYCLO



@ILOVECYCLO



@MENSTRUITA




@PERIOD.SPAIN

ANEXO III

~ ALGUNOS RECURSOS SOBRE SALUD MENSTRUAL ~

Salud menstrual como herramienta de prevención de la endometriosis



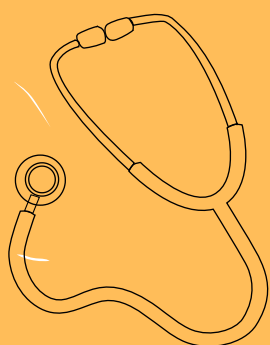
@RUSCCUS



DÓNDE ACUDIR

A continuación encontrarás una lista de lugares dónde puedes acudir si crees que algo no funciona bien con tu ciclo menstrual. También puedes contactar si, sencillamente, quieres más información respecto a la endometriosis.

**Habla con tu familia.
Pide cita con tu centro de atención primaria.**



Háblalo con tu familia. No normalices un dolor que no te deja hacer vida normal. Pide cita con profesionales de la salud que te ayuden a encontrar la raíz del dolor.

Lo mismo en caso de cualquier tipo de alteración en el ciclo menstrual.

Asociaciones de Afectadas de Endometriosis



Las hay en muchos puntos del país:

- ADAEC Baleares.
- ADAEM Madrid.
- ADAES Sevilla.
- ADAEZ Cádiz.
- Asociación de Afectadas de Endometriosis de Madrid. Endomadrid
- Asociación de Afectadas en Endometriosis de Catalunya. Etc.

Estarán encantadas/os de atenderte y asesorarte.

HOSPITALES DE REFERENCIA



Actualmente, los hospitales que cuentan con unidades multidisciplinarias para el abordaje de la endometriosis los encontrarás en:

- Regional de Málaga.
- Clínic de Barcelona.
- 12 de Octubre y La Paz de Madrid.

Poco a poco se van creando en diferentes CC.AA.



LA ENDOMETRIOSIS

es una enfermedad que, como ya sabes, tiene muchas caras, pero que es posible diagnosticar a tiempo si nos fijamos en las alteraciones de nuestros ciclos menstruales. Si tienes síntomas dolorosos y catameniales no dudes en ponerte en marcha.



SI NO TE ESCUCHAN, INSISTE.

Si sientes que algo no va bien, no te conformes si te dicen lo contrario. Busca una segunda opinión y siempre sigue informándote.

ANEXO DE NO PLAGIO



Dña **María Antonia Pereira Artigues** con DNI **41535469-E**, estudiante del Máster en Políticas de Igualdad y Prevención de la Violencia de Género de la Universitat de les Illes Balears, curso **2020 – 2021**, como autor/a de este documento académico, titulado:

Propuesta formativa en salud menstrual como herramienta de prevención de la endometriosis

presentado como Trabajo Fin de **Máster**, para la obtención del título correspondiente, cuya directora es la **Dra. Esperanza Bosch Fiol**.

DECLARO QUE:

Este trabajo es producto de mi trabajo personal, que no he copiado, que no he utilizado ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones diversas, sacadas de cualquier obra, artículo, memoria, o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o de cualquier otra fuente.

Soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos supuestos puede ser objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Palma, a 27 de Agosto de 2020.

Fdo.