



Experiencia Vaginal.

Saberes de las mujeres con candidiasis.

María García Sandoval

2015

Directora

Rosa M. Medina Doménech

Universidad de Granada

Dep. Historia de la Ciencia

Directora de apoyo

Suzanne Clisby

University of Hull

Dep. Social Sciences

Postgraduate Gender Studies and Lecturer in Social Sciences

Experiencia vaginal.

Saberes de las mujeres con candidiasis.

María García Sandoval

Directora:

Rosa M. Medina Doménech

Universidad de Granada

Dep. Historia de la Ciencia

Directora de apoyo:

Suzanne Clisby

University of Hull

Dep. Social Sciences.

Postgraduate Gender Studies and Lecturer in Social Sciences

Granada Septiembre 2015.

Experiencia vaginal.

Saberes de las mujeres con candidiasis.

María García Sandoval

Directora:

Rosa M. Medina Doménech

Universidad de Granada

Dep. Historia de la Ciencia



Directora de apoyo:

Suzanne Clisby

University of Hull

Dep. Social Sciences.

Postgraduate Gender Studies and Lecturer in Social Sciences

Granada Septiembre 2015.

Resumen

La candidiasis vulvovaginal recurrente (VVR) es una infección frecuente en mujeres. En este trabajo planteamos si es posible recuperar la experiencia de la candidiasis como forma de conocimiento útil para las mujeres. También nos preguntamos qué formas de resistencia al poder biomédico pueden desarrollarse a partir de la experiencia de la infección candidiana. Nos inscribimos en la genealogía feminista del movimiento de mujeres por la salud y el autoconocimiento, en la puesta en práctica de estos saberes y la consciencia de los cuidados como forma de protegernos frente a las violencias machistas.

Con este trabajo tratamos de visibilizar los efectos de la enfermedad y el alcance de la sintomatología que puede producir. También tratamos de exponer los límites que la definición biomédica de la enfermedad y sus prácticas asociadas tiene, a partir de las experiencias recogidas de mujeres que la padecen.

Para las entrevistas nos inspiramos en el modelo de preguntas que propone la terapia narrativa pues aspira a recoger el saber terapéutico de las propias personas. Esta metodología nos ha proporcionado una nueva aproximación a este padecimiento común pues nos permite conocer el alcance de la violencia de género como desencadenante de estrés. Un estrés reconocido por la literatura revisada como factor de riesgo para la candidiasis pero no vinculado, directamente, a la violencia de género concomitante. A través de las experiencias de las participantes demostramos esta vinculación: violencia machista-estrés-candidiasis. Los testimonios también muestran la importancia de diversificar la significación de la sexualidad más allá del modelo de dominación machista. Por último este trabajo inicial indica el papel central de la vagina como parte del cuerpo en los procesos de autocuidado y la importancia del saber colectivo en los de autoconciencia.

Abstract

The recurrent vulvovaginal candidiasis is a frequent female infection. Through testimonies of women suffering from candidiasis, this thesis questions the knowledge about the illness. Through the methodological approach of narrative therapy, new forms and perspectives about collective suffering was established. The combination of all participants' testimonies sketch the wide range of symptoms and consequently, visualize the effects of the illness.

Primarily, through the experiences of the participants, this thesis shows the correlation between gendered/sexual violence – stress – candidiasis. Even though, contemporary literature does not pay attention to this relationship, the research participants considered gendered/ sexual violence as a trigger stress for the infection. Secondly, in this work, the narrating sufferers also show the importance to have different meanings and sexual practices heteropatriarchal system. Finally, this exploratory study underlines the central role of the vagina as body part in the self-care processes.

The methodological approach as well as interpretations base on feminist genealogy of the women's health movement. Based on practical knowledge and personal experiences of the infection, this thesis shows the limits of biomedical definitions and treatments. Therefore, this collection of sufferers' narratives can be interpreted as a form of resistances, protection and alternatives in relation to the hegemonic biomedical power structures.

Índice

Agradecimientos	6
1 Introducción	8
2 Marco teórico	17
3 Visibilizar los límites de la definición científica sobre la candidiasis	21
3.1 Estrés, violencia y candidiasis: factores de riesgo	30
4 Traspasar los límites en la definición. Propuestas de las Críticas feministas. 33	
4.1 Gynepunk.....	40
4.2 Terapias alternativas	42
4.3 Una sintomatología que va más allá de nuestras vaginas.....	45
5 Candidiasis en los medios de comunicación y publicaciones científicas.....	47
6 Experiencias y saberes de las mujeres con candidiasis.....	51
6.1 Metodología de las entrevistas	51
6.1.1 Interpretaciones del Síntoma	57
6.1.2 ¿Por qué enfermo? Interpretación de las causas y desencadenantes iniciales.	61
6.1.3 Relación con el cuerpo propio y la sexualidad. La importancia de la Vagina. 66	
6.2 Violencias y candidiasis.....	71
6.2.1 Violencias en el contexto biomédico de la clínica.	75
6.3 Habilidades y saberes adquiridos a raíz de vivir con candidiasis recidivante.	84
6.3.1 Aprender a cuidar de una misma.	85
6.3.2 La trasmisión de saberes entre mujeres.....	89
7 Conclusiones.....	96
8 Bibliografía y web	98

Agradecimientos

El germen de la idea comenzó en las conversaciones con Valentina, hace ya más de un año. Gracias compañera, lo aprendido y vivido juntas han nutrido este esfuerzo. Gracias por estar ahí.

A las participantes, que sin ellas tampoco hubiera sido posible, gracias por compartir vuestras experiencias que son la fuente de la que bebe este trabajo. Y por todas vuestras aportaciones.

Este trabajo ha sido posible gracias al inestimable apoyo y guía de Rosa M. Medina Doménech. Gracias por los ánimos e ideas inspiradoras. Por confiar con entusiasmo en este trabajo.

Agradezco a Suzanne Clisby sus apuntes pragmáticos que han simplificado esta tarea desde un comienzo.

A Pascuala Sandoval, mi madre, por permitirme realizar estos estudios, por nutrirme intelectual y alimenticiamente. Por tu gramática.

A Cristina por tus correcciones durante estos dos años, gracias prima-hermana por poder contar contigo.

A Bárbara por sugerirme por primera vez la idea del cuerpo que habla sobre lo que le daña. Por el inglés de última hora y los quesos de las montañas. Gracias.

A Andrea por andar siempre buscando nuevas experiencias, por darme a conocer las narrativas como apuesta inspiradora de la metodología. Gracias compañera.

A Aarón por tu apoyo, paciencia y cariño. Por estar ahí. Por quedarte y hacerme un poco más fácil el camino. Gracias.

A Ramón, agradezco tu interés como futuro médico y por facilitarme materiales académicos del medio biosanitario.

A Miriam por tu ayuda y apoyo. Por seguir ahí después de tantos años. Gracias nena.

A Sara Navarro por tu arte y tu técnica. Muchas gracias. Creadora del diseño de la portada.

A todas las Marcelinas que habéis contribuido con vuestras aportaciones, músicas, alegría y la puesta en práctica de los cuidados y la sororidad. Al equipo Hull. Gracias a todix por estos dos años.

También agradezco a todas las que habéis contribuido a hacer un poco más fácil esta tarea con ideas, recursos materiales, apoyo, buenos alimentos y cuidados.

“La Historia es un cuento con el que los mentirosos de la cultura occidental engañan a los demás, la ciencia un texto discutible y un campo de poder, la forma es el contenido”¹

1 Introducción

Este proyecto de investigación toma como punto de partida mi propia experiencia con la candidiasis vulvo-vaginal y lo que ésta ha supuesto en mi vida. Vivir con candidiasis de repetición ha cambiado mi forma de estar en el mundo y relacionarme con mi cuerpo y mi contexto. Apoyada en la apuesta feminista por un conocimiento situado², me interesa explorar las posibles interpretaciones que se pueden extraer de sufrir candidiasis, y entender la enfermedad como una manera en la que el cuerpo se expresa y nos habla, o a veces grita, sobre las violencias a las que está expuesto en un contexto patriarcal capitalista. Por esto, parto de una posición auto-etnográfica porque me ayuda a rescatar y reflexionar sobre lo que he experimentado e indagar sobre las consecuencias que puede tener esta infección en las vidas de otras mujeres. Para realizar este trabajo, han sido un punto de partida las reflexiones, sensaciones y acciones experimentadas en distintos aspectos de mi vida, como, por ejemplo, la experiencia de mi sexualidad, modificaciones conscientes en mi alimentación, la percepción más crítica del sistema sanitario, de la clínica como institución ligada al poder y mi progresivo cuestionamiento de la autoridad biomédica. Otro aspecto decisivo que motiva este trabajo es el desarrollo de mi propia agencia. Como resultado del proceso de enfermar vivido he ido transformándome en una “paciente activa”, valga la paradoja, y a la búsqueda - casi obsesiva- de soluciones, negándome a aceptar los discursos

¹ Haraway, D. (1991), p. 310.

² Íbid, p. 15.

biomédicos esencialistas y deterministas. De esta manera, como mostraré en este trabajo, he ido construyendo mi propia manera de entender la candidiasis amparada también en las experiencias de otras mujeres.

He vivido en un contexto patriarcal hostil. Esta hostilidad la he vivido en relación a cuestiones bien conocidas y padecidas, en mayor o menor grado, por la mayoría de las mujeres: inmersa con frecuencia, en relaciones de abuso, falta de respeto, respondiendo a obligaciones que no se han asumido o pactado de forma explícita o igualitaria, rodeada a veces de maltratos psicológicos, presiones por competir para obtener buenos resultados académicos, y con expectativas frustradas e incertidumbres sobre las salidas en el mercado laboral. En este contexto con frecuencia he vivido estados de estrés y ansiedad. En este contexto poco favorable a nivel psicológico y material, queda materializada, en parte, mi experiencia y reflexión para establecer posibles vínculos entre cómo afecta el contexto a la cronificación candidiana.

En el feminismo encontré los motivos que justificaban mi inconformismo. Esos discursos, y teorías y prácticas políticas son generadoras de contradicciones e incomodidades tantas veces, pero, a la vez, hacen brotar esa potencia liberadora que llevamos en nuestro fuero interno, que no nos deja rendirnos, que expresa a través de palabras y conceptos, cristalizando emociones y sentimientos en relación a cómo vivimos o nos hacen vivir, a cómo percibimos el mundo que habitamos y el lugar desde el que nos posicionan o activamente nos ubicamos. El feminismo ha sido y es un detonante que no me permite quedarme en situaciones que me dañan, aun cuando necesité años para tomar las decisiones necesarias para salir de ciertas coyunturas. Me vi envuelta en relaciones de violencia psicológica, y tomar consciencia de este hecho condicionó y condiciona mi experiencia sin que trate de adoptar un papel de víctima, sino, como afronto en este trabajo, de producir conocimiento a partir de estas experiencias de sufrimiento que

padecemos por el hecho de ser mujeres.

Con este trabajo afronto varios **objetivos generales**. En primer lugar, adquirir nuevos conocimientos desde una perspectiva más rigurosa, científica y coherente a cerca de lo que me ocurre; comprender mejor el lugar desde el que me desenvuelvo, creo mi identidad o subjetividad, me relaciono, busco respuestas y posibles soluciones o nuevas formas y habilidades para cohabitar con la candidiasis. En segundo lugar, otro de los objetivos generales de esta tesis es poner en contexto la candidiasis, ligándola con el entorno, visibilizándola como un malestar expresado por aquellos cuerpos que están sometidos a violencia machista. En tercer lugar, poner la experiencia de vivir con candidiasis en común, visibilizarla y visibilizar experiencias que podrían ser útiles a otras mujeres. En cuarto, este trabajo es un diseño de proyecto piloto para una futura tesis doctoral, que permitiera una investigación más exhaustiva y detallada de algunos de los planteamientos que contiene el presente trabajo. En quinto lugar, y muy relacionado con la tercera, este trabajo también persigue un objetivo práctico y de política feminista, el de iniciar los pasos para la elaboración de una guía feminista sobre la candidiasis que sirviera como referencia y pudiera orientar a las mujeres que se encuentren ante este problema.

Mi búsqueda de soluciones a la candidiasis me embarcó en un viaje en el que siento que estoy aún inmersa y que comenzó hacia el año 2012. De manera casi intuitiva me vi atraída por el feminismo, a pesar de ser un lugar en el que sentía latir mis contradicciones, respecto a la vida que llevaba y el lugar en que me situaba(n). En esos años dediqué muchas horas a buscar información a través de internet empezando a tomar consciencia de la cantidad de mujeres que vivían esa situación de incertidumbre, desinformación y desesperación por la falta de respuestas y tratamientos eficaces. Comencé a darme cuenta de que no era una infección que se localizara únicamente en nuestras vaginas y vulvas. Muchas de las

informaciones que proponían posibles medidas de mejora venían de visiones y comprensiones alejadas de la separación cartesiana entre cuerpo/mente. Estas propuestas alternativas hablaban de enfoques más holísticos, como la necesidad de llevar una alimentación específica, con productos ecológicos, abundante en fibra, sin azúcares refinados, etc. y una vida sin estrés. Este último aspecto posee un lugar relevante en este trabajo pues comparto la idea de que el debilitamiento del sistema inmunitario es un factor de riesgo en el desarrollo descontrolado del hongo que la genera.³ Si bien, como muestran los resultados iniciales de nuestro trabajo, el estrés ocupa un lugar central, no es el único factor ni el más relevante según las teorías biomédicas como desarrollaré más adelante. Menos aún los es el vínculo entre estrés y violencia sexual, aunque, sin embargo, según la sociedad profesional portavoz del gremio médico especializado, la promiscuidad si se considera un factor asociado.

Mientras trataba de dar con la “fórmula mágica” que aliviara mis constantes molestias, de las que hablaré en un apartado específico, visitaba a distintos profesionales de la medicina, mujeres y hombres. Mi escepticismo y desconfianza iba en aumento al constatar que los principios activos que me recetaban eran siempre los mismos, al igual que las recomendaciones que me hacían. Sin embargo observé que las mujeres farmacéuticas tenían, en ocasiones, respuestas más interesantes que ofrecerme.

Localizar a Erika Irusta a través de Internet⁴, fue un punto de inflexión en mi camino. El planteamiento de su trabajo y sus talleres con mujeres no dista mucho, en lo fundamental, del de los grupos de mujeres que practicaban el Self-help. Así comencé el autoconocimiento, una cuestión que considero clave para una existencia cualitativamente satisfactoria, cuando comienzas a tener consciencia de los beneficios que conlleva, difícilmente se

³ Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013), p. 10.

⁴ www.elcaminoarubi.com

abandona. Conocer mi cuerpo, aprender a reconocermelo, a leer los cambios que se producen en él, es el viaje del cual hablo y que inspira este trabajo académico. Desaprendernos de todas las mentiras que nos enseñan sobre nosotras mismas y comenzar a creer en lo que percibimos y sentimos como válido, auténtico y cargado de potencial liberador. En definitiva era una ruta encarnada que transcribo y moldeo en este trabajo, impulsada por la búsqueda de conocimiento sin sesgos de género patriarcales.

La **genealogía** en la que me inscribo a través de este texto está estrechamente relacionada con la puesta en común de la práctica del cuidado. El movimiento feminista situó el punto geográfico de la lucha por la liberación de las mujeres en nuestros cuerpos. Los grupos de autoayuda (Self-help) fueron pioneros en la transmisión de conocimientos, dotando de autonomía y libertad de decisión a mujeres que hasta entonces debían sujetarse al diagnóstico facultativo en las instituciones de salud y los tratamientos que las farmacéuticas diseñaban. Este movimiento tomó impulso en EEUU con el colectivo de mujeres de Boston (Boston's Women Health book Collective), que editaron el libro *Our Bodies Ourselves* en los 70s⁵ y que se sigue vendiendo traducido a multitud de idiomas. Crearon las clínicas feministas, organizadas y dirigidas por mujeres en donde se realizaron abortos en condiciones de seguridad y se atendía a mujeres de todas las clases y etnias tratando de evitar la jerarquía habitual que existe en cualquier otra clínica de salud entre paciente y facultativo.

Un ejemplo de la represión a la que fueron sometidas por las instituciones del estado y que está directamente relacionado con el tema central de mi trabajo, fue que dos mujeres fueron arrestadas en 1972 por ejercer la medicina sin licencia, los cargos: que una de las fundadoras de la federación de centros de salud de mujeres feministas (Federation of Feminist Women's Health Centers) Carol Downer insertó yogurt en la vagina de una de las

⁵ Fauré, Christine. (2010), p. 718.

trabajadoras de la clínica. Este hecho que podría resultar humorístico, es indicativo de toda la ideología patriarcal y la intencionalidad para cohibir al movimiento feminista de salud de las mujeres. Finalmente Downer y otra de sus colegas, también acusada, fueron absueltas por determinar en el juicio que aplicar yogurt como remedio casero para una infección ordinaria por hongos no es una práctica médica.⁶

Resulta de vital importancia acceder a los saberes que la sociedad occidental, la religión católica y en ciertos aspectos la ciencia que se origina en los centros de producción de conocimiento, nos han negado.⁷ Queda, por tanto, un largo camino en el que no habremos de perder de vista otras ciencias de otros lugares del globo que pueden aportar otras visiones distintas a las que nos han enseñado. Las conocidas como *saberes subalternos*.⁸ Junto a las transformaciones del saber que ha generado el feminismo, mi trabajo se inscribe en un proceso amplio de las ciencias sociales y humanas que reivindica la importancia de los saberes subalternos. Aunque sólo sea como telón de fondo, campos como el de la historia de la ciencia plantean la necesidad de integrar otros saberes y prácticas que parecen resultar útiles e ir más allá del *imperialismo cultural*⁹

Comenzar a tomar mis propias decisiones acerca de cómo sanar mi cuerpo y mi mente, me dio las bases para reconocirme en un contexto que me hacía enfermar. Para ello fue clave abandonar la separación dicotómica y excluyente entre cuerpo y mente. Recurrí a otra medicina, la que llaman la alternativa, la que no está al alcance de todas, la que se desarrolla, en ocasiones, en la escasez de recursos técnicos y materiales. Fue la primera vez que un médico me preguntó cómo me sentía. Percibía mi vida entonces como “precaria”, es decir carente de expectativas en relación a un futuro

⁶ <http://www.fwhc.org/health/yeast.htm>

⁷ Latour, B. (1992).

⁸ <http://saberesubalterno.blogspot.com.es/search/label/saberes%20subalternos>

⁹ Chambers y Gillispie. (2001).

laboral, estable y digno, y aspiraba a algo más allá que la auto-explotación *emprendedora* y el pluriempleo sumergido. En lo personal me encontraba en una pésima relación de pareja abocada a la ruptura, una situación que percibía de forma más dolorosa dado mi aislamiento social, lejos de mi familia y amistades, por vivir, desde hacía pocos meses, fuera de mi entorno.

Como a muchas otras mujeres, el feminismo me dio el impulso para liberarme, y me animó a consolidar mi formación y cursar el máster Gemma de Estudios de Género y de las Mujeres. Una experiencia que ha contribuido a cambiar mi manera de ver el mundo y de estar en él. Haber conocido a compañeras con las que compartir inquietudes, aprendizajes varios y afecto ha sido empoderante. A menudo compartimos en nuestros debates, con sorpresa, lo aisladas que nos hemos sentido en nuestros contextos por nuestras ideas feministas y nuestras prácticas no normativas. Estos dos cursos han sido intensos en cuanto a emociones, experiencias compartidas y de desarrollo personal y autónomo. El feminismo en colectivo nos ha cambiado de una forma u otra. Este trabajo está, en buena medida, nutrido por largas conversaciones con algunas de las compañeras, ideas, propuestas y vivencias puestas en común. Son varias las personas que directa o indirectamente han contribuido a enriquecer este TFM.

Entre los **objetivos específicos** de este trabajo, uno de partida, es relacionar la violencia machista/patriarcal/capitalista con la expresión somática de nuestros cuerpos. En este sentido, a lo largo de este trabajo trato de recuperar la concepción de la candidiasis como respuesta a situaciones de estrés prolongado en el tiempo, la doctora Clarissa Pinkola lo describe de esta forma: “se ha aventurado la posibilidad de que el sistema inmunitario del cuerpo esté enraizado en esta misteriosa tierra psíquica”¹⁰.

Otro de los objetivos específicos es recoger cómo integran las afectadas por el

¹⁰ Pinkola Estés, Clarissa. (2001), p. 28.

descontrolado crecimiento de este hongo saprófito¹¹, si es que lo integran, las prácticas locales y diferentes formas de sanar que tengan que ver con la transmisión de saberes y la cultura, en contraposición a lo que el sistema de salud ofrece. Me refiero a tratamientos, paliativos y distintas prácticas que puedan realizarse para controlar los efectos dañinos y molestos que causa la infección. Relacionado con lo anterior, he reflejado el empoderamiento de las participantes en relación al desarrollo de sus habilidades con el cuidado de la candidiasis.

La **estructura** responde a estos objetivos y preguntas de investigación. He partido de un marco teórico que parte de las aportaciones críticas realizadas por Foucault sobre el biopoder y los aportes a la metodología desde los feminismos críticos con la ciencia. El capítulo sobre *Visibilizar los límites de la definición científica sobre la candidiasis* trata de conocer la formulación de la enfermedad desde el modelo biomédico he realizado una revisión de la literatura científica a través de una búsqueda exhaustiva y selección de artículos específicos sobre candidiasis, su tratamiento, diagnóstico, conceptualización, etc. He dedicado un subcapítulo específico al concepto de candidiasis para ponerlo en relación con una de las tesis principales de mi trabajo, la conexión entre el *estrés, la violencia y el desarrollo de la enfermedad*.

He hecho una revisión bibliográfica para buscar evidencias en la literatura científica sobre la relación entre candidiasis y violencia machista. Sin embargo no obtuve ninguna información que relacionara ambos procesos. De otro lado, en el epígrafe titulado *Traspasar los límites en la definición de la candidiasis*, enfocamos el discurso en las críticas feministas a la biomedicina trato de recoger algunas de las denuncias que, desde los feminismos, se plantean, en cuanto al patrón androcéntrico de las investigaciones, el exceso de biologicismo con sesgos de género o la

¹¹ La *Cándida Albicans* forma parte de la microbiota del sistema digestivo realizando una función descomponedora junto con otros microorganismos.

medicalización de la vida, entre otras. En otro de los apartados del trabajo, he recogido también de forma breve el testimonio de una práctica ginecológica feminista como ejemplo de activismo, en el subapartado *Gynepunk*, que se realiza desde el convencimiento de la necesidad de poner a nuestro alcance el conocimiento científico y su utilización de manera autónoma y autogestionada. Un subcapítulo más, *Terapias alternativas* está dedicado a mi experiencia con las terapias alternativas y apuntamos de dónde provienen buena parte de los prejuicios en torno a algunas de estas prácticas no reconocidas oficialmente. Otro de los subcapítulos, *Una sintomatología que va más allá de nuestras vaginas*, se refiere a la sintomatología desde mi experiencia con la infección y los síntomas que se recogen en la web de la Asociación Española de Candidiasis. Por último, dentro de este primer bloque he dedicado un capítulo a la revisión somera de los artículos seleccionados en medios de comunicación y revistas en España y países de habla anglosajona para mostrar de manera muy inicial la percepción de esta enfermedad de los medios. Aunque se trate de una aproximación que requerirá un trabajo más a fondo en el futuro, he decidido exponer brevemente estos aspectos para completar el conjunto de la argumentación.

En los apartados siguientes presento, en primer lugar un capítulo general titulado *Experiencias y saberes de las mujeres con candidiasis*, una introducción explicativa de la metodología utilizada para su realización. Breve presentación de las entrevistadas y la estructura en que se divide el análisis en *Metodología de las entrevistas*. Un subcapítulo: *Interpretaciones del síntoma*, que contiene la interpretación de la candidiasis por parte de las mujeres afectadas; el tercer subcapítulo: *¿Por qué enfermo? Interpretación de las causas y desencadenantes iniciales*, recoge las declaraciones sobre el comienzo de la candidiasis que coincide con las primeras relaciones sexuales heteronormativas; el cuarto de los subapartados versa sobre la *Relación con el cuerpo propio y la sexualidad y la importancia de la vagina* en el contexto de la candidiasis.

Un segundo apartado recoge las violencias a las que se han visto sometidas las mujeres, por una parte en sus relaciones de pareja o en la infancia, en *Violencias y candidiasis* y por otra, en las instituciones médicas, por parte de profesionales médicos/as en el subapartado *Violencias en el contexto biomédico de la clínica*. El tercer apartado consta de las *Habilidades y saberes adquiridos en el tránsito de vivir con la candidiasis de repetición*. Que consta, a su vez, de dos subcapítulos: *Aprender a cuidar de una misma* que trata sobre la importancia del autocuidado y *La transmisión de saberes entre mujeres* sobre la puesta en común con otras mujeres. Finalmente, en las conclusiones trataré de sintetizar las aportaciones de este trabajo a los objetivos generales y específicos y a las preguntas de investigación.

2 Marco teórico

El marco teórico de referencia sobre el que se asienta este trabajo se fundamenta en lo que Foucault denominó biopolítica. Esta sería la forma de control de la sociedad a través del cuerpo de cada individuo, mediante las técnicas del poder que proporcionan las disciplinas o saberes expertos al ejercerse sobre nuestros cuerpos individuales o colectivos. La biopolítica se expande, según Foucault, en el SXVIII cuando la vida y el cuerpo pasaron a ser objetivos del poder, frente a las técnicas de poder sobre la muerte en el antiguo régimen. El comienzo de la implementación de la higiene pública, de las políticas públicas. El concepto de población junto con el de individualismo, que nació con la ideología del liberalismo económico, sustentan esta herramienta de dominación. Siendo este último el marco general sobre el que se asienta la biopolítica. Por tanto, la medicina, como saber y práctica clínica, sería para Foucault, una estrategia biopolítica. En base a este concepto, el autor francés sostenía que el control social no se efectúa solo mediante la consciencia o la ideología, sino también a través de

la disciplina y control de los cuerpos.¹²

La biomedicina va a ser uno de los conceptos que aparecerán a lo largo del texto. Desde la Antropología, Arthur Kleinman defiende el uso del término biomedicina en lugar de medicina occidental “porque enfatiza la estructura institucional dominante de la profesión en occidente, hoy en día mundialmente extendida, a la vez que plantea la primacía de sus compromisos ontológicos-epistemológicos, una cuestión que la hace particular y radicalmente diferente de otras formas de medicina.”¹³ Así se excluyen de este término otros modelos de medicina como la china, ayurveda, holística, naturopatía, osteopatía, etc. Como bien subraya Kleinman Desde la perspectiva biomédica, las cuestiones psicológicas, sociales y morales no sirven para alcanzar la “verdad biológica, la sustancia natural última de la patología y la terapia, entendida como una estructura arquitectónica con sus colaboradores químicos.”¹⁴

Por tanto, todo lo que queda fuera de la biología o los procesos químicos del cuerpo, y de lo visible por las tecnologías médicas queda en entredicho y puede ser desechado por este saber “experto”. Esta manera de comprender la enfermedad y los procesos vitales parece disociada del cuerpo que, como objeto de investigación, es cosificado y despojado de la humanidad que le da sentido. No hay espacio en estas narrativas para la subjetividad del dolor y el sufrimiento. Es, por tanto, el personal médico quien interpreta, desde la biología, los relatos de sus pacientes.

Como el feminismo crítico con la ciencia ha venido mostrando, la producción de conocimiento está inserta en un contexto patriarcal, guiada por unos intereses concretos y financiada por unas instituciones ya sean públicas o privadas inmersas en un modelo social capitalista, patriarcal y colonialista.

¹² Michel Foucault. (2001).

¹³ Kleinman, Arthur. (1993), p. 3.

¹⁴ *Íbid.* p. 6.

Como bien nos explica Sandra Harding, también las ciencias sociales y naturales, tradicionalmente han partido de las experiencias de los hombres, de las preguntas sobre aspectos de sus vidas que para ellos (varones, blancos, heterosexuales, burgueses) han sido problemáticos: “las ciencias sociales tradicionales han seguido una lógica del descubrimiento que podríamos resumir así: háganse solamente aquellas preguntas acerca de la naturaleza y la vida social que los hombres desean que se respondan.”¹⁵ Porque, como bien apunta la autora, mientras que quienes sufren una problemática social no lo definan como tal, el problema no pasará a formar parte de los fenómenos sociales estudiados.

Por lo expuesto anteriormente y siguiendo con Harding, desde los feminismos sostenemos que las epistemologías tradicionales excluyen sistemáticamente, de manera intencionada, la posibilidad de que, como mujeres, seamos agentes del conocimiento. La crítica feminista a los saberes expertos ha desvelado las diversas maneras en las que la ciencia es masculina y cómo la historia se ha escrito desde el punto de vista de los hombres.¹⁶ Para esta autora no existe un método de investigación feminista, per se. Pero sí reconoce aspectos distintivos de las investigaciones más influyentes que incluyen los estudios de género y que describimos continuación.

Harding señala tres aportaciones básicas de los estudios feministas: en primer lugar la incorporación de mujeres a los análisis, principalmente mujeres científicas, mujeres dedicadas al activismo político y que destacaron públicamente o fueron víctimas de brutales agresiones machistas; el segundo aspecto es el reconocimiento de la contribución de las mujeres a la sociedad; y el tercero los estudios de la dominación patriarcal, que se centran en el padecimiento de las mujeres, sin tener en cuenta que también

¹⁵ Harding, Sandra. (1987), p.5

¹⁶ *Íbid.* p.2

son sujetas activas de la resistencia. Creando así la falsa idea de que las mujeres somos eternas víctimas.

Sin embargo, los nuevos enfoques van un paso más allá de estas aportaciones al conocimiento, entre ellos Sandra Harding señala la necesidad de incorporar las “experiencias de las mujeres” en base a planteamientos sobre cómo mejorar sus condiciones de existencia. No se trata en absoluto de “experiencias femeninas”, ni preguntas para hallar ninguna “verdad pura”. Se trata por tanto, de recoger las vivencias de las mujeres que realizan una lucha política, bien colectivamente o bien desde el desarrollo de su autonomía y libertad individual, en base a la construcción identitaria.

Otra de las aportaciones claves de las investigadoras feministas es que proponen situarse a sí mismas en el “mismo plano crítico que el objeto explícito de estudio.”¹⁷ La intención de esta perspectiva es la de evitar el objetivismo, teñido de supuesta neutralidad, exponiendo de forma clara y honesta el lugar desde el que hablan como investigadoras. Esto es lo que Donna Haraway denomina “conocimientos situados”.¹⁸

Para el presente trabajo han sido fundamentales estas dos últimas prácticas metodológicas. Especialmente, para la sección del trabajo que recoge las narrativas de las mujeres que han experimentado candidiasis de repetición, poniendo el foco de atención en cuales han sido sus interpretaciones del síntoma, su propio saber. De otra parte, recojo la finalidad de evitar el objetivismo y la neutralidad de las investigaciones tradicionales, explicitando los motivos que originan la presente tesis y situándome desde el lugar que ocupa en mi experiencia el problema que abordo en las siguientes páginas.

¹⁷ *Íbid.* p.7

¹⁸ Haraway, D. (1991), p. 313.

3 Visibilizar los límites de la definición científica sobre la candidiasis

En este apartado expondré los límites que encontramos a la definición biomédica de la candidiasis. En estos trabajos: predomina una visión parcial y no se contempla la biomasa microbiana más allá del órgano específico de la vagina, pesar de que la Asociación Española de Candidiasis –e incluso los manuales de microbiología¹⁹– apuntan a que la *Cándida* habita en el tracto intestinal. Hemos encontrado en alguna de las publicaciones biomédicas revisadas²⁰, y desde perspectivas alternativas²¹, que las infecciones vulvo vaginales recurrentes (VVR) puedan tener su origen en el intestino. Sin embargo la experiencia de las participantes no apunta a que en la práctica clínica se esté contemplando este factor y con frecuencia se atribuye el padecimiento a la promiscuidad, tal y como afirma la Sociedad Española de Ginecología²². También, se cita el estrés como factor de riesgo para el desarrollo de la candidiasis recidivante o de repetición, este no está vinculado a la violencia de género en los estudios realizados en los servicios de atención primaria y urgencias.

La búsqueda de este discurso médico en torno a la candidiasis la realicé a través del Índice Médico Español, la asociación científica feminista Red CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris), Google, Google Scholar, Web of Science, MedLine y la web de la Asociación Española de Candidiasis. Las palabras, en español e inglés, introducidas para la búsqueda fueron: *Cándida Albicans*, *Candidiasis vulvovaginal*, *candidiasis mujeres*, *candidiasis ETS*, *Candidiasis violencia*, *violencia género síntomas ginecológicos*, *violencia género salud mujeres*, etc.. Seleccioné unos diecisiete

¹⁹ Basuald, J.A.; Coto, C. E.; De Torres, R. A. (2006), p. 619.

²⁰ Sobel, J.D. (2007).

²¹ Cervera, C. H. (2014).

²² http://www.aego.es/hongos_vagina.php

artículos de entre los cuales siete se refieren al impacto de la violencia machista en la salud mental y física de las mujeres, dos informes mundiales de la OMS^{23 24} sobre violencia y salud de las mujeres y el resto de artículos dedicados a problemas asociados a la violencia sexual^{25 26 27 28 29}. Los otros ocho artículos se centran específicamente en la enfermedad, su diagnóstico, tratamiento, nuevos tratamientos, guías de enfermedades de transmisión sexual, epidemiología de la candidiasis vulvovaginal, factores de riesgo en las VVR (vulvo vaginal recurrente), etc.^{30 31 32 33 34 35} También he consultado dos manuales de microbiología y ginecología y obstetricia.^{36 37} He utilizado además dos textos con una perspectiva más amplia del problema.^{38 39} Aunque un análisis más completo de esta literatura médica pueda ampliarse en el futuro, señalaré algunos aspectos relevantes para lo que nos proponemos en este trabajo.

Tal y como planteo en los objetivos generales en esta investigación intentaré contextualizar la enfermedad y proponer una visión compleja de su realidad.

²³ Evans, T.; Mafubelu,D.; AbouZahr,C.; Zoysa, I. y García Moreno, C. (2009).

²⁴ Krug, Etienne; Dahlberg, L. Linda; Mercy, A. James, Zwiand, B. Anthony; Lozano, Rafael. (2002).

²⁵ Blanco, P.; Ruiz,C.; García de Vinuesa, L.; Martín-García, M. (2004), P 185.

²⁶ Íbid. P 185.

²⁷ Ortiz Fernández, M^a D., Muñoz Cobos, F., Martín Carretero M^a L. Río Ruiz, J. (junio 2004).

²⁸ Ruiz Pérez, I.; Blanco Prieto, P. y Vives Cases, C. (2004), pp. 4-12.

²⁹ Valls-Llobet, C. (2009).

³⁰ Magliani, W.; Conti, S.;Salati, A.; Arseni, S.; Frazzi, R.; Ravanetti, L. & Polonelli, L. (2002).

³¹ Osset, J.; García, E.; Bartolomé, R.M.; Andreu, A. (2001).

³² Sobel, J.D. (2007), p. 1963.

³³ González-Pedraza Avilés, A.; Ortiz Zaragoza, C.; Dávila Mendoza, R. y Valencia Gómez, C. M. (2007).

³⁴ Patel, D. A.; Gillespie, B.; Sobel, J. D.; Leaman, D.; Nyirjesy, P.; Weitz, V. M.; Foxman, B. (2004).

³⁵ Pollak, Seth. (2009).

³⁶ Basuald, J.A.; Coto, C. E.; De Torres, R. A. (2006), p. 619.

³⁷ Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013), p. 10-11.

³⁸ Cervera, C. H. (2014).

³⁹<http://www.analesdepediatría.org/es/recomendaciones-sociedad-espanola-infectologia-pediatrica/articulo/S1695403311000397/>

³⁹<http://www.doctoradobuen.com/Home/las-enfermedades-de-los-ecosistemas-internos-candida-estafilococo>

Comprenderla desde el marco de una realidad “biopsicosocial”. A pesar de que la propia biomedicina, desde la década de los setentas es consciente de la necesidad de abordar la enfermedad de manera más compleja, la comprensión limitada a los aspectos biológicos sigue siendo el modelo explicativo más común.⁴⁰ Para ampliar esta visión estrictamente “bio” analizaré la percepción procedente de esta literatura en contraste con la percepción que procede de las mujeres afectadas que expondré en la segunda parte de este trabajo.

Dentro del modelo biomédico, además de excluir el contexto biopsicosocial, se dan otros mecanismos que deshumanizan e imponen la pretendida neutralidad de los discursos construida mediante una literatura científica, con estrategias específicas, en donde abundan los sujetos indeterminados o ausentes. Propiciando una imagen, a quienes se aproximan a estas producciones, de ausencia de personas participantes de dichos procesos que refuerza en quien lee el efecto de objetividad y la tan propugnada objetividad. Estas estrategias discursivas producen una especie de conocimiento aislado, con intenciones de verdad absoluta y generan fuentes de autoridad. Tal y como plantea Rosa Medina, los textos científicos hay que leerlos sin inocencia: “La ciencia construye su discurso dominante y hegemónico, su autoridad textual, una autoridad que, hable de lo que hable, hace innecesario que la ciencia se justifique. Más bien lo contrario, ninguna actividad en las sociedades contemporáneas queda ya legitimada sin el crédito de lo científico”.⁴¹

Es frecuente encontrar en los textos de investigación biomédica o farmacológica sobre la candidiasis afirmaciones como las siguientes: “han sido observadas”, “Se están empleando nuevas estrategias para el

⁴⁰ Engel, G., (1977).

⁴¹ Medina Doménech. R. M. (1999).

tratamiento de la candidiasis vaginal”;⁴² “se recogieron muestras”.⁴³ Estas formas de escritura transmiten la idea de que las enfermedades son entes autónomos y aislados, como si las investigaciones fueran universales y no fuera el personal de un determinado centro de investigación, -financiado por un organismo y dirigido por una directora o director del proyecto- quienes se encargan de realizar estas actividades y quienes expresan sus conclusiones. Se presentan como un universales, unos resultados que son parciales, localizados en un área geográfica concreta, con acceso a unas personas participantes que habitan un entorno y una cultura específicos.

A pesar de todos estos factores que, inevitablemente, rodean la producción científica, y condicionan los métodos de recogida de datos, es habitual negar u ocultar estos factores subjetivos implicados y la parcialidad de los resultados, mediante afirmaciones como “que el objetivo de dicho estudio es el de aportar datos objetivos a la controversia⁴⁴”

Una de las cuestiones problemáticas que se pueden observar en esta literatura científica, tal y como muestra una lectura general, es el hecho de que en el acercamiento biomédico a la candidiasis predomina la visión parcial, localizada y aislada del cuerpo.⁴⁵ ⁴⁶ La medicina es heredera de la concepción cartesiana del cuerpo y la mente como dos entidades separadas que funcionan de un modo binario. El modelo mecanicista, que sigue vigente, sostiene la idea de que cada órgano o parte del cuerpo funciona de manera aislada.

Mucho menos hacen referencia a la enfermedad más allá del órgano corporal vaginal, en la práctica ginecológica no se contempla el diagnóstico desde una

⁴² Magliani, W.; Conti, S.;Salati, A.; Arseni, S.; Frazzi, R.; Ravanetti, L. & Polonelli, L. (2002).

⁴³ Osset, J.; García, E.; Bartolomé, R.M.; Andreu, A. (2001).

⁴⁴ *Íbid.*

⁴⁵ Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013), p. 10-11.

⁴⁶ Basuald, J.A.; Coto, C. E.; De Torres, R. A. (2006), p. 619

posición interdisciplinaria o inter-especialidad.⁴⁷ Es oportuno traer aquí un fragmento de la entrevista realizada a una médica ginecóloga donde se refiere a este aspecto: “si no tenemos claro el diagnóstico o si esta como entidad una patología multiorgánica causada por una *Cándida* en el intestino, buscar una concordancia entre esta y los episodios de candidiasis vaginal yo creo que esta fuera de cualquier intento ahora mismo y no creo que tenga que plantearse desde la ginecología porque es una patología multiorgánica por *Cándida*, ahora mismo, con lo que sabemos o al menos o si vemos las entidades diagnósticas de la medicina. Y luego si te preguntas, a lo mejor, oye pero si las *Cándidas* están viniendo del intestino grueso y yo estoy actuando a nivel local, a nivel de la vagina, la mujer posiblemente dentro de cuatro meses vuelva a tener un episodio sí o no, o sea, para la *Cándida* habrá varios tipos de tratamiento y el tratamiento por lo menos que a mí más me gusta y el que muchos médicos recomiendan es un tratamiento por vía oral”⁴⁸ Reconoce que no se está contemplando la candidiasis como patología multiorgánica en el área de atención ginecológica y que los tratamientos orales pueden incidir en la mejora global. Si no se va a la raíz, desde un planteamiento multidisciplinario y hablamos de infecciones VVR, es posible que no se estén dando soluciones a largo plazo para las candidiasis recidivantes.

Desde una perspectiva alternativa dentro de la propia medicina, profesionales como la doctora Cala Cervera sostienen que “un punto muy importante que normalmente suele ser ignorado a la hora de diagnosticar y tratar la candidiasis, es que su origen suele ser intestinal, aun cuando estemos contemplando una candidiasis vaginal.”⁴⁹ En un sentido amplio, aun sabiendo que la *Cándida Albicans* o *Monilia* forma parte de la microbiota intestinal, es decir, el conjunto de colonias bacterianas que nos

⁴⁷ Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013), p. 10-11.

⁴⁸ En la entrevista que realicé a una Médica interna que estaba realizando el curso en la especialidad de ginecología y obstetricia en un hospital del Madrid.

⁴⁹ Cervera, C. H. (2014).

cohabitan como cuerpos⁵⁰, en los textos revisados no aparece esta relación y, por tanto, los tratamientos no se ajustan a este enfoque más holístico del propio cuerpo.

La candidiasis se describe en el manual de Microbiología Biomédica de Basuald, Coto y De Torres publicado en 2006 como: “una infección habitualmente endógena que compromete piel, uñas, mucosas (oral y vaginal) semimucosas, en las formas superficiales, o puede diseminarse y tornarse sistémica (endocarditis, sepsis, meningitis, etc). Es causada por varias especies del género *Cándida*, pero la más frecuente es *Cándida Albicans*. Que es flora normal del tracto gastrointestinal.”⁵¹ No se hace referencia a la candidiasis intestinal. Como se indica en el mismo manual, “Es una infección debida a hongos del género *Cándida*, que además de comprometer piel, faneras y mucosas, son capaces de producir afecciones profundas en diversos órganos, en personas con algún factor que altere sus mecanismos de defensa.”⁵²

En otro de los artículos revisados, Jack Sobel, hace referencia a factores de riesgo agrupados en genéticos, de comportamiento (coito/frecuencia, sexo oral, esponja/aparato intrauterino, anticonceptivos orales), factores del huésped (VIH, diabetes no controlada, etc.) y la utilización de antibióticos, en este apartado apunta a que el uso de antibióticos sistémicos elimina la protección gastrointestinal y vaginal favoreciendo el crecimiento del hongo después de este tipo de tratamiento.⁵³ Otra de las afirmaciones importantes a destacar de este artículo es la existencia de cierta controversia relativa al papel del tracto intestinal como origen de las infecciones vulvo vaginales recurrentes.⁵⁴ Como veremos más adelante en el bloque de las entrevistas esta cuestión no es tenida en cuenta en el tratamiento y diagnóstico de las

⁵⁰ https://es.m.wikipedia.org/wiki/Microbiota_normal

⁵¹ Basuald, J.A.; Coto, C. E.; De Torres, R. A. (2006), p. 619

⁵² Íbid.

⁵³ Traducción propia de Jack D. Sobel. (2007). p.1963.

⁵⁴ Traducción propia íbid p. 1964.

participantes.

En esta publicación no se menciona el factor estrés como desencadenante de la candidiasis. Por tanto, aunque sí se apunta a la conexión entre tracto intestinal y vaginal en las infecciones VVR, a causa de los antibióticos de amplio espectro, el estudio no incluye el estrés como causa directa de la candidiasis vaginal.

En los estudios se descarta la vía sexual como origen directo de la infección⁵⁵ resulta paradójico, cuanto menos, constatar que desde la misma Agencia Española de Ginecología y Obstetricia la promiscuidad es un factor de riesgo para la candidiasis recurrente.⁵⁶ Sin que se den explicaciones científicas a esta causalidad.⁵⁷ Por otra parte sí se hace referencia a los factores de riesgo y entre ellos la situación inmunodeprimida de las pacientes con episodios recurrentes de candidiasis.⁵⁸ Se refuerza entonces la visión parcelar y mecanicista de la biomedicina que su división por especialidades consolida. Consideramos que este hecho supone uno de los obstáculos a la hora de comprender la candidiasis recurrente, quizá, como una infección que afecta no solo al órgano genital, sino que pueda tener su origen en el desequilibrio de la masa microbiana intestinal.

La literatura biomédica suele referirse a esta invasión como oportunista (“La *Cándida* pasa de ser flora endógena habitual a adoptar un papel de patógeno oportunista”⁵⁹), una cuestión que los autores apuntan que es conocida desde la época de Hipócrates . Esta visión del hongo saprófito como oportunista, utilizando una terminología de conflicto, presupone que un organismo que cohabita, formando parte de la microbiota bacteriana de

⁵⁵ González-Pedraza Avilés, A.; Ortiz Zaragoza, C.; Dávila Mendoza, R. y Valencia Gómez, C. M. (2007).

⁵⁶ http://www.aego.es/hongos_vagina.php#comoafectanrelacionessexuales

⁵⁷ En la entrevista que realicé a la doctora ella reconoció que no había encontrado explicaciones a esta afirmación.

⁵⁸ Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013), p. 10.

⁵⁹ Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013), p. 10.

nuestro sistema digestivo sano, es en potencia dañino para nuestro organismo. Atribuyéndosele intencionalidad invasora cuando, en realidad, en estados de equilibrio resulta beneficioso para el organismo.

Desde la web de la Asociación Española de Candidiasis Crónica he tenido acceso a varios artículos en los que se especifican varios tipos de candidiasis según el lugar y el alcance. Según la información que proporciona la asociación, la candidiasis puede ser de varios tipos: local, cuando se pueden observar lesiones en lugares como piel, pliegues en la piel, uñas, boca, vulva y vagina, etc. Otro tipo sería la infección sistémica o invasiva, en estas situaciones el hongo ha atravesado las membranas y mucosas y ha llegado a la sangre, tiene unas altas tasas de mortalidad y afecta a pacientes con factores de riesgo como puedan ser personas inmunodeprimidas graves, con VIH, o por la utilización de catéteres centrales en los hospitales.⁶⁰ Otra de las posibles patologías es la intestinal crónica que suele afectar a personas sanas, no destruye tejidos ni representa una amenaza para la vida. Sin embargo, las consecuencias que puede tener para la salud son variadas y pueden derivarse de lo que se denomina como la permeabilidad del intestino que deja pasar moléculas que, en principio, no deberían.⁶¹ Ésta es una de las más extendidas y poco reconocidas por la biomedicina, además de difícil diagnóstico.

Otra definición, un poco más completa y accesible, de la infección por cándidas es la que ofrece la nutricionista ortomolecular Cala Cervera: “La candidiasis es una infección causada por una levadura de la familia de las Cándidas. Existen unas 150 especies de cándidas distintas, por ejemplo, la *Candida Kruse*, *Candida Glabrata*, *Candida Tropicalis*, *Candida*

⁶⁰ <http://www.analesdepediatria.org/es/recomendaciones-sociedad-espanola-infectologia-pediatria/articulo/S1695403311000397/>

⁶¹ <http://www.doctoradebuen.com/Home/las-enfermedades-de-los-ecosistemas-internos-candida-estafilococo>

Parapsilosis etc. Sin embargo, la más común en nuestro organismo es la *Cándida Albicans*.

Las levaduras están presentes en todos nosotros poco después de nacer y convivimos en armonía en un ecosistema. Se encuentran en la piel, aparato digestivo y genitourinario. Su función es absorber cierta cantidad de metales pesados para que no entren en la sangre, nos ayudan a degradar restos de carbohidratos mal digeridos, y junto con las bacterias mantienen nuestro equilibrio intestinal y el pH.

Por el contrario desde perspectivas médicas alternativas, como la que acabamos de ver, sí se concibe la infección de forma más amplia, como una infección cuya sintomatología vaginal tenga su origen en el sistema digestivo. Esto lo podemos constatar además con los tratamientos a base de dietas y plantas medicinales que se proponen a la hora de abordar el problema.

Como hemos visto en este apartado, hay dos visiones que podríamos extraer de la bibliografía y artículos revisados. Aunque es una tarea que queda abierta a ampliarse y profundizar en un trabajo de tesis doctoral, este estudio inicial muestra, por un lado, que la visión biomédica tiende a focalizar la candidiasis de forma parcial y localizada en la vagina, además no se está contemplando desde la ginecología tratar a la candidiasis como patología multiorgánica, aunque los tratamientos antifúngicos orales puedan mejorar la infección. Por otro lado hay muestras de una visión alternativa que contempla el origen de las candidiasis VVR en los intestinos, ya que forma parte de la masa microbiana y realizar tratamientos más amplios que prevengan recaídas.

3.1 Estrés, violencia y candidiasis: factores de riesgo

En este apartado, analizaré la conexión existente entre el hecho de que una mujer viva con candidiasis recurrente y el haber experimentado violencia psicológica machista en periodos extensos, bien en sus relaciones de pareja, bien en su familia o en otros ámbitos como el laboral. Existen pruebas de la relación que se da entre sufrir estrés y ansiedad prolongada, y padecer enfermedades (“El estrés crónico que implica el maltrato favorece la aparición de diferentes enfermedades y empeora las existentes”)⁶². Algunas enfermedades vinculadas al estrés son bastante comunes entre mujeres que acuden a centros de atención primaria como pueden ser infecciones de orina frecuentes, dolores crónicos, cansancio, síndrome del colon irritable, fibromialgia, depresión y ansiedad, trastornos alimenticios, entre otros.⁶³ Otro estudio publicado afirma que los problemas de salud más frecuentes por los que las mujeres víctimas de violencia de género acuden a los centros de salud son depresión, síntomas mal definidos, ansiedad, caídas, fracturas o ideas suicidas.⁶⁴

El **estrés** se reconoce como posible factor desencadenante de problemas intestinales como la disminución de la capacidad para absorber nutrientes o el aumento de la permeabilidad intestinal, entre otros. El desequilibrio de la microbioma intestinal ocasionado por el estrés en menores puede llegar a afectar al sistema inmunológico.⁶⁵ El ritmo de vida occidental con el consiguiente estrés, unido a la ingesta de alimentos procesados, que contienen elevados contenidos de productos químicos y metales pesados, inflaman la pared intestinal y la hacen permeable, lo que facilita que sustancias nocivas o mal digeridas la atraviesen ocasionando desequilibrios en los sistemas hormonal, inmunitario, nervioso, respiratorio o

⁶² Heise, L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, M, (1999).

⁶³ Blanco, P.; Ruiz, C.; García de Vinuesa, L.; Martín-García, M., (2004). p. 185.

⁶⁴ Ortiz Fernández, M^a D.; Muñoz Cobos, F.; Martín Carretero, M^a L.; Río Ruiz, J. (junio 2004).

⁶⁵ Pollak, Seth. (2009).

reproductor.⁶⁶ Como vemos, los efectos de estrés en la salud son muchos y muy variados. En este capítulo nos interesa señalar hacia los efectos físicos y psicológicos que la violencia causa en mujeres.

Por tanto podemos pensar que las consecuencias en las mujeres de la violencia prolongada, como el estrés, produce un debilitamiento del sistema inmunológico, propiciando que aquellas mujeres con cierta propensión a la reinfección candidiana la desarrollen como un síntoma de que algo no está yendo bien en sus vidas. Desde este punto de vista que definiendo, la candidiasis puede leerse como un síntoma que puede indicar un desequilibrio mayor, no solo local, sino a nivel intestinal con el desarrollo de una sintomatología variada, y con unas profundas conexiones con el contexto de vida.

Sin embargo en los trabajos analizados, cuando se hace referencia al estrés como uno de los posibles factores desencadenantes de la infección no se va más allá ni se exploran las causas que lo provocan.

*“Existen diferentes factores que favorecen la infección al desequilibrar la flora vaginal: el uso de antibióticos, anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU), **estrés**, relaciones sexuales, alteraciones hormonales, etc.”⁶⁷*

En el estudio realizado, en el 2004, por el departamento de epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, en el que participaron 65 mujeres de distintas etnias y edades, las mujeres fueron interrogadas sobre sus empleos, frecuencia en sus relaciones sexuales, tipo de ropa que utilizaban, la higiene (duchas vaginales) consumo de yogurt y arándanos o el tipo de lubricante que utilizaban en sus relaciones sexuales y los tratamientos que realizaron (duración y posología). El estudio se centró

⁶⁶ Almodóvar, Miguel A. (2014). p. 81.

⁶⁷ Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013), p. 10.

en las infecciones por candidiasis vulvovaginal recurrente y los factores que incidían en la reinfección. Se incluyeron factores que ya hemos referido anteriormente como la ingesta de antibióticos de amplio espectro, toma de anticonceptivos hormonales o terapias de reemplazo hormonal, y otras causas como la ropa sintética o las duchas vaginales.⁶⁸ Sin embargo, el estudio no indagó en las relaciones con el estrés o la violencia de género.

Como venimos mostrando las consecuencias de la violencia son múltiples y no solo afectan a las mujeres, también al resto de la familia y a la sociedad en general. De ahí la importancia de tener en cuenta aspectos como el siguiente:

“En el modelo biomédico, la violencia suele clasificarse como una lesión intencionada (...) Evidentemente, es importante reconocer que la violencia es causa de lesiones, pero la valoración exclusiva de éstas limita el conocimiento de las muchas formas de violencia existentes y de sus múltiples consecuencias para la salud. La mejor forma de conceptualizar la violencia contra la mujer es como un factor de riesgo para la salud, ya que sus consecuencias implican una amplia gama de efectos en la salud de la mujer.”⁶⁹

Esta publicación destaca la necesidad de incluir la violencia de género como factor de riesgo en las investigaciones sobre salud de las mujeres y menores. Por tanto, podemos afirmar aquí que las consecuencias de un malestar emocional y físico que se genera por unas relaciones de poder y abuso de unos sobre otras, repercuten más allá, incluso de lo que se pueda considerar en estudios realizados desde una perspectiva de género como veremos a continuación.

La búsqueda de literatura médica que hemos realizado, no parece indicar que la ciencia médica se haya interesado por mostrar si hay una relación directa entre candidiasis y violencia de género, ésta última como factor

⁶⁸ Patel, D. A.; Gillespie, B.; Sobel, J. D.; Leaman, D.; Nyirjesy, P.; Weitz, V. M.; Foxman, B. (2004).

⁶⁹ Ruiz Pérez, I.; Blanco Prieto, P. y Vives Cases, C. (2004), pp. 4-12

desencadenante⁷⁰. Incluso en el estudio publicado en la *Gaceta Sanitaria* de 2004 realizado por Blanco P, et al., *La violencia de pareja y la salud de las mujeres*, recoge las infecciones de orina recurrentes como una consecuencia frecuente de la violencia de género. Sin embargo no se señala la candidiasis vaginal, aunque en mi propia experiencia, dichas infecciones de las vías urinarias suelen ir acompañadas, a su vez, de candidiasis, por el uso de antibióticos de amplio espectro, que dejan vía libre al desarrollo del hongo, entre otros parásitos, para su crecimiento descontrolado.

En la aproximación realizada a la literatura biomédica, no hemos encontrado conexiones entre estrés, violencia de género y candidiasis. Encontramos el estrés como factor de riesgo para las infecciones vulvovaginales recurrentes en estudios que sí tienen en cuenta el factor de género y las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres, pero no hay estudios sobre la relación entre candidiasis y violencia machista.

4 Traspasar los límites en la definición. Propuestas de las Críticas feministas.

En este apartado del trabajo voy a hablar de algunos de los aspectos que desde el feminismo crítico con la biomedicina se destacan, son los siguientes: limitar a factores biológicos aquellos que intervienen en la mejora o perjuicio de la salud, sin tener en cuenta aspectos socioculturales, ambientales, alimentarios, concibiéndose un modelo biomédico cerrado; el sesgo de género en las investigaciones por la ausencia de mujeres en los ensayos clínicos, la medicalización de los procesos vitales convirtiéndolos en patológicos o la patologización del cuerpo de las mujeres como cuerpos defectuosos en sí

⁷⁰ La búsqueda en MedLine sobre la conexión entre violencia de género y candidiasis muestra la ausencia de tales conclusiones: <https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3aproject=medlineplus&v%3asources=medlineplus-bundle&query=candidiasis%20domestic%20violence&>

mismos.

El reconocimiento de los efectos en nuestra salud de las relaciones de abuso de poder, falta de respeto, privilegios masculinos, etc. es aún muy insuficiente. Los saberes y prácticas biomédicos, contribuyen aún, a naturalizar la inferioridad con nuevos recursos y estrategias. Como ha señalado Carme Valls, de la Red CAPS,⁷¹ un recurso habitual en la medicina contemporánea es convertirnos en “víctimas de nuestro cuerpo”⁷².

Trabajos de redes como la CAPS, y la incorporación de mujeres con conciencia de género en las investigaciones, han puesto de manifiesto cuestiones como por ejemplo, la relativamente recién descubierta diferencia en la sintomatología de infarto en mujeres y hombres, o la escasa investigación y el tan dilatado tiempo medio que se tarda en diagnosticar la endometriosis, cuestión que trataré de desarrollar más a delate; la falta de conocimiento y ocultamiento de la próstata femenina⁷³, o glándula de Skene; así como el hecho de contribuir a la medicalización de procesos y ciclos vitales naturales como la menopausia, el embarazo y el parto o el ciclo menstrual.⁷⁴

En mi propia experiencia, la contribución de los factores sociales a la candidiasis fue una toma de conciencia progresiva en mi propio proceso. De manera reflexiva, haciendo una y otra vez el repaso a mi experiencia de vivir con la candidiasis llegué a la conclusión de que el contexto en que habitamos condiciona en buena medida nuestra salud. También, desde las mujeres médicas feministas que trabajaban en la institución médica, esta

⁷¹ La Red CAPS es una organización estatal que agrupa a profesionales de distintos ámbitos de la salud cuyos objetivos son: intercambiar información de salud de las mujeres, reflexionar conjuntamente sobre el sesgo de género en salud, analizar el propio sesgo a la hora de tratar o pensar en la práctica médica, denunciar y analizar la discriminación que sufren en sus profesiones y denunciar la creciente medicalización de la vida y la salud de las mujeres. Extraído de su página web: <http://www.caps.cat/redcaps.html>

⁷² Valls-Llobet, C. (2009), p. 20.

⁷³ Torres, J. Diana. (2015).

⁷⁴ López Carrillo, Margarita.

percepción personal encuentra respaldo. Sin embargo, aunque la medicina venía planteado desde la década de los setenta la necesidad de una visión biopsicosocial de la enfermedad, la propuesta no ha calado en el saber clínico común. En 1996, en el primer Congreso Internacional Mujeres, Salud y Trabajo, realizado en Barcelona y organizado por la Red Internacional de Mujeres, Salud y Trabajo se insistía: “entendemos que la salud de las mujeres se debe analizar en relación con la biología, la psicología y con la sociedad, entendiendo por sociedad no solo la cultura, sino las condiciones de vida y trabajo y los condicionantes de la salud que provienen del medio ambiente a través del agua, aire, alimentos y cosméticos”⁷⁵. Éste sería el análisis que propicia el punto de partida o que sustenta este trabajo. Consideramos ésta una visión más aproximada y que englobaría casi todas las aristas de la realidad en la que estamos inmersas.

Esta propuesta, heredera de una larga trayectoria crítica feminista, defiende una perspectiva fluida de la salud y el cuerpo y diluye los límites rígidos del modelo médico y el modelo sociológico, poniendo a ambos en relación. Trata de superar el modelo médico que entiende la enfermedad como una disfunción del cuerpo entendido como una máquina bioquímica que sustenta una visión dicotómica y reduccionista del cuerpo, el feminismo coincide con otras tradiciones críticas con la dicotomía mente cuerpo en donde el agente causal de la enfermedad se localiza en el cuerpo humano.⁷⁶

Carme Valls recoge en su libro *Mujeres Salud y Poder*, una genealogía feminista crítica con la ciencia desde los feminismos críticos de los años 70 y 80 del pasado siglo. La encomiable labor del colectivo de Mujeres de Boston, entre las que destaca a Judy Norsigian, cofundadora de esta organización feminista que editó el libro de referencia traducido a treinta idiomas⁷⁷

⁷⁵ Definición de la doctora, feminista y endocrinóloga Jerilynn Prior, en Valls-Llobet, C. (2009), pp. 20-21.

⁷⁶ Interpretación y traducción propia del texto original en Turner, S.B., (1995).

⁷⁷ <http://www.ourbodiesourselves.org/global-projects/publications-available-online/>

“Nuestros cuerpos, nuestras vidas”⁷⁸. Una de las aportaciones del colectivo que destaca Valls es que el concepto de género se ha utilizado para invisibilizar la participación de las mujeres en la producción científica, académica y en la sociedad. Desde estas propuestas se hace patente la necesidad de entender el **género** como un constructo ideológico y cultural.⁷⁹

Entre otras de las autoras que han aportado a la crítica feminista de la ciencia destaca a Fausto Sterling que discute la sexuación del cuerpo de las mujeres desde el punto de vista hormonal. Fox Keller ha realizado estudios en torno a la célula y citoplasma y ha dado otra visión explicativa sobre el papel de los óvulos y los órganos de la mujer alejada de la posición pasiva tradicional.⁸⁰

Otras autoras que han contribuido con su investigación al campo de la crítica científica, que Mari Luz Esteban recoge la progresión ideológica y de concepción del cuerpo de las mujeres, en los comienzos con Mary Wollstonecraft, Simone de Beauvoir, Shulamit Firestones, que consideraban que el cuerpo de las mujeres era un hándicap para la consecución de la igualdad, enmarcándolo en una visión negativa, siendo un freno para acceso de las mujeres a los derechos y privilegios que la sociedad otorga a los hombres⁸¹.

Las siguientes autoras provenientes de corrientes de pensamiento feministas marxistas, psicoanalistas y constructivistas planteaban que los problemas de salud de las mujeres eran principalmente por causas sociales y económicas, partiendo de que somos iguales mujeres y hombres biológicamente hablando. Un enfoque constructivista y esencialista que

⁷⁸ Boston Women’s Health Book Collective; Judy Norsigian. (2011).

⁷⁹ Valls-Llobet, C. (2009), p. 15-25

⁸⁰ Íbid. p.23.

⁸¹ Esteban, Mari Luz. (2004), p. 17

⁸¹ file:///D:/TFM/ABC%20noicia%20candidiasis.pdf

compartía la división entre mente y cuerpo, concibiendo a este último como natural y precultural. Entre ellas nombran a Juliet Mitchell, Julia Kristeva, Michèle Barret o Nancy Chodorow.⁸²

Por el contrario y en oposición al modelo médico se entendía, frente a esa dicotomía tan naturalizada, ha surgido en las últimas décadas conceptos como el de *embodiment*⁸³ que siguiendo la estela foucaultiana niega la distinción cuerpo-mente. El modelo sociológico deduce que no se puede entender la enfermedad de las personas fuera de su contexto histórico, social y cultural. Ésta visión ha ido calando en la práctica y los estudios médicos. Aunque como vamos a ir mostrando no lo suficiente todavía para generar un conocimiento que implemente todas las aristas de la realidad social.

Siguiendo a Carme Valls, de la red CAPS, podemos hablar del género como factor de riesgo, aunque ella insiste en que los factores de riesgo como puedan ser los ambientales o sociales y económicos no son las causas de enfermedad si no que se precisa la confluencia de varios de ellos para producir cambios cualitativos en el organismo.⁸⁴

La autora hace hincapié en los avances tecnológicos del SXX para poder ver lo que ocurre dentro del organismo, por ejemplo, a través de resonancia o TAC (Tomografía Axial Computerizada), pero pese a ello no se comprende cómo enfermamos y cómo funciona el organismo.

El imaginario científico se crea a través de metáforas que entienden las enfermedades ataques oportunistas, el sistema inmune funciona mediante tácticas bélicas, el cuerpo como organismo tecnológico, etc. Aislando las distintas partes del cuerpo y haciendo la división mente/cuerpo.

⁸² Esteban, Mari Luz. (2004), p. 18.

⁸³ La definición que hacía Thomas Csordas (1993) de *embodiment*: “como la condición existencial en la cual se asientan la cultura y el sujeto”. Extraída del artículo de Sabrina Mora, Ana. (Junio 2010).

⁸⁴ Valls-Llobet, C. (2009), p. 193.

Esta complejidad que plantea el cuerpo humano ha dado en concretarse en normalidad, entendiéndola como frecuencia con la que ocurren ciertos procesos y patologías. La ausencia de mujeres en las investigaciones médicas de la enfermedad hasta finales del SXX ha producido un sesgo de género en la detección y tratamiento de enfermedades como las cardiovasculares y oncológicas, aun sabiendo, que existen diferencias biológicas que precisamente la ciencia ha tratado de demostrar durante siglos pero que a la hora de realizar estudios no han querido tener en cuenta. Por ejemplo: que las mujeres tenemos un mayor nivel de grasas que actúan como bioacumulador químico.

Podemos deducir que la falta de investigación, unida a la “normalización” - en términos de lo más frecuente- por el elevado número de mujeres que padecen candidiasis alguna vez en su vida, en torno al 75% y a las que se les cronifica 5-6%⁸⁵, supone que muchas de nosotras estemos abocadas a la resignación silenciosa de la enfermedad.

Si bien mi hipótesis inicial pudiera parecer en un principio reduccionista, al tratar de conectar las violencias machistas de pareja, también quiero traer aquí la posibilidad de otros factores de riesgo que darían más sentido a lo que se entiende por *procesos multifactoriales* de los que en las entrevistas realizadas hablan las mujeres. Como puedan ser el uso de jabones, el tipo de alimentación con exceso de azúcares refinados u otros productos que puedan acidificar el organismo a las ropas sintéticas que no transpiran.

La documentalista en salud Margarita López, de la Xarxa Dones Per la Salut de Catalunya, expone de manera clara los aspectos de la **medicalización** de la vida de las mujeres, que “significa aplicar medicamentos o hacer intervenciones médicas innecesarias o excesivas”.⁸⁶ Ejemplos frecuentes son la administración y disposición de fármacos para

⁸⁵ file:///D:/TFM/ABC%20noicia%20candidiasis.pdf

⁸⁶ López Carrillo, Margarita, p.1.

los distintos procesos vitales de las mujeres como son el embarazo y el parto, la menopausia, la vejez y la menstruación.

López también habla en su artículo de otras prácticas frecuentes, -que tienen que ver con la medicalización-, tanto por parte de la industria farmacéutica como por parte de las y los profesionales, entre estas señala que es frecuente reducir la diversidad de síntomas prescribiendo para tratar el “malestar de las mujeres”, sin tener en cuenta las características y la sintomatología propia de cada paciente, el caso paradigmático es la fibromialgia.

Otro de los problemas es que la **investigación que se realiza es casi exclusivamente farmacológica**, y no hay investigación en la promoción y prevención de la salud a través de otros cauces que no sean farmacológicos. Este hecho es debido a que la investigación se realiza y financia por empresas farmacéuticas. Una de las consecuencias que se derivan de lo anterior, y que la autora apunta como otro de los aspectos distintivos de la situación actual es la prevención con fármacos administrados a personas sanas, véase el caso del colesterol –hace unos años bajaron el índice que resulta potencialmente peligroso para la salud, sin la suficiente evidencia científica- y la vacuna del papiloma humano que se está administrando a niñas en todo el mundo y que no es totalmente segura, se está utilizando un método que puede ser dañino en vez de potenciar las revisiones ginecológicas y las citologías, así como la educación sexual.

La última de las problemáticas que destaca es el hecho de **no dar suficiente información para que las pacientes podamos decidir sobre nuestro cuerpo**. Este hecho deja poco margen de decisión libre y efectiva y mantiene la actitud paternalista y la creencia de que los y las profesionales médicos son personas que no comenten errores y tienen poder sobre nuestras vidas en última instancia, por nuestro bien. De ahí que la implicación de las personas afectadas sea imprescindible en el proceso de

sanación. Lejos del lugar en el que nos coloca la clínica y la ciencia.

4.1 Gynepunk

En la actualidad algunas de las críticas no sólo se han generado desde dentro de la medicina, o por mujeres feministas críticas vinculadas al sistema médico. Numerosas iniciativas proceden de la sociedad, del propio movimiento feminista y de mujeres que padecen los efectos del sistema patriarcal en sus cuerpos a través del sistema médica.

Una iniciativa que puede resultar, cuanto menos irreverente para cualquier dogmático de la ciencia biomédica, es el proyecto Gynepunk. Una propuesta que considero como la versión actual de las clínicas feministas de los 70 en los EEUU, es decir, herederas del feminismo radical y los colectivos de mujeres que practicaban el self-help. Gynepunk se presenta como una práctica política que busca reapropiarse de la ciencia y la tecnología para utilizarla en nuestro beneficio, sin intermediarios, contra el discurso científico que perpetúa la dominación patriarcal. Con el objetivo último de ser nosotras mismas las que tomemos las riendas de nuestra salud, el conocimiento de nuestros cuerpos y la toma de decisiones libre e informada de nuestras vidas.

Estas prácticas se nutren de la perspectiva decolonial de la ciencia y la cultura, a través de la labor investigadora de alguna de sus componentes que hacen una revisión histórica de la ginecología y visibilizan las víctimas de su desarrollo.⁸⁷

La metodología que plantean es la siguiente: presentación visual de qué es una laboratorio gynepunk, cuales son los exámenes más comunes en obstetricia y ginecología, las técnicas que se utilizan (extracción, tratamiento, diagnosis). El hardware básico que se necesita, las condiciones

⁸⁷ Anarcha, Lucy, Betsey y otras chicas del montón. <https://vimeo.com/84837293>

higiénicas fundamentales y los patrones de diagnóstico comúnmente utilizados en diversos exámenes (vaginitis –cándida, gardenella, tricomonas- PAP, etc).⁸⁸ La propuesta o manifiesto que sustentan queda así formulado:

"No quiero ser forzada a entrar en sus templos higienistas, en sus cárceles corporales veladas, en sus fábricas de homologación y estandarización corporal, con sus límites y parámetros de lo "enfermo". (...) gynepunk es un gesto extremo de precisión, determinado y certero para desprendernos de la excesiva dependencia de las estructuras anquilosadas de "la salud" estatal y hegemónica.

gynepunk tiene como objetivo visionario, que broten laboratorios DIY-DIT⁸⁹ de diagnosis accesible y extrema experimentación debajo de las piedras o en ascensores si hace falta. Tiene que ser posible en un espacio fijo y/o en el nomadismo de laboratorios móviles. Tiene que poder actuar tantas veces como QUERAMOS, hacer a destajo, antojo e intensidad: cultivos, análisis de fluidos, biopsias, PAPs, sintetizar hormonas, exámenes de sangre, de orina, HIV tests, alivios a cualquier dolor que no soportemos, o lo que NECESITEMOS. Construir y hackear nuestros propios cacharrukos de ultrasonido, endoscopia o ecografías de manera low-cost. Todo esto estrictamente acorde con? a conocimientos naturales y sobre hierbas, tradiciones orales, pócimas sumergidas, y generar con ansia superavit de lubricantes DIY, anticoncepción, abrir los dominios de las doulas, cuidado salvaje de todas las técnicas manuales de manipulación visceral, como la extracción menstrual, todo esto elevado en potencia máxima hacia el conocimiento compartido y al empoderamiento radical de nuestro cuerpo...!"⁹⁰*

De forma clara el manifiesto expresa la necesidad de crear otra forma de curar, de entender la clínica y el laboratorio, y reconciliar los aspectos del desarrollo tecnológico con los saberes de las culturas ancestrales y locales de las propias mujeres. Suprimiendo el sesgo ideológico colonizador de la ciencia, podríamos decir, que es una manera de humanizar la biomedicina.

⁸⁸ http://anarchaserver.org/mediawiki/index.php/GYNEpunk:_Autonomous_gynecologyLAB

⁸⁹ Son las siglas en inglés de: "Do it yourself / do it together".

⁹⁰ <http://gynepunk.hotglue.me/?intro>

No es un alegato panfletario en contra del conocimiento científico, es una vuelta de tuerca más. Nace de la profunda convicción de que nuestras necesidades están siendo negadas, la asunción de una consciencia abiertamente feminista y decolonial puesta en práctica para aportar conocimientos propios de los que ya disponemos a partir de una reapropiación del saber y la experiencia corporal.

“La cirugía estaba de moda, pero Trótula no creía en el cuchillo. Ella prefería otras terapias: la mano, las hierbas, el oído. Daba masajes cariñosos, recetaba infusiones y sabía escuchar.”⁹¹

4.2 Terapias alternativas

En mi propia experiencia ha sido desde las Medicina Paliativas donde he encontrado formas de paliar los síntomas que no son agresivas con mi cuerpo.

Las terapias holísticas que consideran el cuerpo en conjunto y tratan de buscar la armonía y el equilibrio sanando los órganos principalmente afectados sin dañar otros. Desde estos saberes que podríamos catalogar como “subalternos”,⁹² por ser a menudo despreciados, acusados de utilizar medicamentos placebo y, de manera general, por contestar la hegemonía biomédica. Son saberes que contienen conocimientos del cuerpo entendiéndolo como interconectado y que a menudo tienen en cuenta factores externos. El objetivo de estos saberes y medicina alternativas quizá no persigue tanto entender cómo funciona el cuerpo en la manera según el molde de la ciencia médica occidental, si no que se centran en proporcionar un bienestar general respetando el cuerpo, sus procesos vitales y evitando la

⁹¹ Galeano, Eduardo. (2008), p.81.

⁹² Rosa Medina expone las razones por las que es importante hablar de los saberes subalternos, Medina Doménech, R. M. (Mayo 2011) En su blog: <http://saberessubalterno.blogspot.com.es/search/label/saberes%20subalternos>

medicalización.

La historia de escepticismo frente estas formas alternativas de terapias es larga y tiene conexiones con la ideología patriarcal que desde la Edad Media expulsó e impidió a las mujeres participar en medicina, impidiéndoles ejercer como parteras o matronas sin título universitario, institución a la que no se las dejaba entrar. Con la institucionalización del conocimiento médico-científico quedó vetado el ejercicio de la profesión a las mujeres y se negó el conocimiento que poseían. Además, como diversos estudios históricos han mostrado, fue habitual negarles la autoridad y la autoría que poseían, por ejemplo Hildegarda de Bingen (SXI) o Trótula de Salerno (SXII).⁹³

No debemos tener una visión ingenua de estas medicinas y con frecuencia surge la dificultad para identificar a profesionales con adecuada formación y/o conocimientos prácticos honestos. Sin embargo, en mi propia experiencia, frente a la toxicidad sistémica de los fármacos antifúngicos orales, las terapias que estas medicinas me han ofrecido han sido de mayor efectividad para tratar los síntomas.

Fui diagnosticada de candidiasis vulvovaginal, el tratamiento habitual fue con fluconazol vía oral junto con cremas, óvulos o tabletas, llegando a prescribírseme por seis meses consecutivos cuando lo anterior no era efectivo. A los tres meses el color de mi piel adquirió un tono amarillento, debido a niveles elevados de bilirrubina. Tras consultar con otra facultativa decidí suspender la ingestión de las cápsulas antifúngicas. Ese mismo año realicé una dieta, bajo supervisión de un médico naturópata, en la que eliminaba azúcares, harinas refinadas, carnes procesadas no procedentes de ganadería ecológica, etc. Disminuyendo la ingesta de fruta, por su alto contenido en fructosa, aumentando el consumo de frutos secos como nueces o almendras. Yogures y Kéfir, verduras. El procedimiento consta de: una dieta

⁹³ Ehrenreich, B., English, D. (1973).

específica, infusiones depurativas, y algún complemento que ayudara a mejorar el sistema inmunológico como el propóleo. La práctica habitual de yoga y la férrea voluntad de cambiar los hábitos que me dañaban como la ingesta de alcohol. Asimismo acompañado de sesiones de acupuntura, y alguna medicación homeopática.

No todas las prácticas que realicé eran aconsejadas por el mismo médico, fui aprendiendo de diferentes personas, libros y en mi propia práctica observando aquello que mejor me hacía sentir. El proceso consta de varias fases: en primer lugar trata de dejar “pasar hambre” al hongo, ingiriendo bajos niveles de glucosa; en segundo se produce la desintoxicación, cuando el hongo muere produce una mayor cantidad de toxinas que hacen aumentar la sensación de malestar; el tercero de repoblación de bacterias “buenas”, bífidus y lactobacilos que restauren el equilibrio. Por último reintroducir alimentos progresivamente. La duración depende del tiempo que haya estado con la infección y lo estricta que haya sido la dieta.

El conjunto de estas prácticas realizadas de manera concienciada y firme, resultaron en una mejoría general, sintiéndome con más energías, mejor humor y una actitud más positiva y resolutiva ante la vida.

“Decir que es normal lo frecuente es predicar la resignación, el silencio e impedir que se investiguen soluciones paliativas a lo que suponga malestar”⁹⁴

⁹⁴ Valls-Llobet, C. (2009).

4.3 Una sintomatología que va más allá de nuestras vaginas.

La sintomatología de la candidiasis sistémica es diversa y puede variar de una persona a otra. La candidiasis es la causa más frecuente de vaginitis en Europa.⁹⁵ El 70-75% de las mujeres tendrán algún episodio de candidiasis en su vida, mientras que el 40-50% experimentarán recurrencia y entre el 5-8% de mujeres son diagnosticadas con candidiasis recidivante, es decir, cuatro o más episodios al año.⁹⁶ Sin embargo, no suele ser conocida mucho más allá de quienes la han padecido y no se llega a contemplar la amplitud de síntomas que puede ocasionar cuando se torna recidivante y persistente durante largos períodos.

Mi propia percepción de la enfermedad puede ilustrar esta idea del abanico más amplio y general de la sintomatología. En mi caso, no todas las manifestaciones que voy a describir a continuación se producen al mismo tiempo ni en todas las ocasiones. Una de mis constantes es el cansancio que no se soluciona durmiendo o descansando. En los momentos críticos en los que considero que el crecimiento del hongo es descontrolado y empieza a dar sus más intensas manifestaciones este agotamiento va acompañado de un zumbido en la cabeza, algo similar a una resaca por las mañanas, durante días seguidos, aunque haya dormido las ocho o nueve horas que necesito. La cuestión del cansancio va unida a la dificultad para concentrarme.

Otro síntoma son las digestiones pesadas, que duran horas y que me hacen sentir hinchada, con gases, mal aliento, diarreas y estreñimiento ambas en días consecutivos y de forma alterna, no he asociado el tipo de deposiciones en función de los alimentos que ingiera, diría que es indiferente porque mi dieta no suele variar bruscamente. Mi olor corporal también cambia

⁹⁵ Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013), p. 10.

⁹⁶ Sobel, J.D. (2007).

volviéndose ácido e intenso y aumenta la sudoración.

Otra manifestación es el deseo de comer carbohidratos (dulces, pasta, chocolates, etc.) compulsivamente, ligado, en ocasiones, a la irritabilidad si no tengo acceso a ello cuando comienzo a tener hambre.

Otra expresión diría que ocurre en la vulva con la aparición de picores que varían en intensidad, ardor, hinchazón y posibles sangrados a consecuencia del picor. La piel de la vulva y la vagina queda muy sensible. En las relaciones sexuales con penetración la sensación es de heridas abriéndose al introducir algo con mayor diámetro que un dedo, sangrados y heridas. El flujo cambia, se vuelve más espeso, en ocasiones amarillento, con grumos, el olor también se torna distinto, fuerte y desagradable, y el sabor es agrio.

A nivel emocional asocio cambios de humor, en general baja autoestima, dificultad para tomar decisiones, tendencia depresiva y lo que yo llamo “el bucle”⁹⁷ situaciones de repetición y de sensación de falta de posible escapatoria, algo que me angustia pero de lo que no sé cómo salir. Como una alteración de la consciencia. Esto se acompaña de una dificultad para mantener la concentración. La dispersión mental, el esfuerzo que supone leer, escribir, mantener la atención en una tarea que requiera enfoque intelectual resulta agotador.

La Asociación Española de Candidiasis sí reconoce una sintomatología más amplia, parecida a la que he descrito. Sin embargo, además de síntomas de la propia enfermedad se presenta como una serie de manifestaciones de otras enfermedades acompañantes. Además de los que ya he descrito o con otros términos son: fatiga extrema, dolores de cabeza, distensión abdominal, indigestión, ardor estomacal, depresión, irritabilidad, mareo, dolor de articulaciones y músculos, retención de líquidos, insomnio, infecciones

⁹⁷ <http://vindicando.blogspot.com.es/2014/08/sobre-el-bucle-o-experiencias-desde-la.html>

crónicas, alergias, picor anal, afonía, congestión nasal, ahogo, problemas de unas, molestias oculares y de oídos. En la descripción que aparece en la web de la asociación, a esta larga lista de posibles síntomas añaden enfermedades y desequilibrios relacionados con la candidiasis como: enfermedad de Crohn, colitis, síndrome del Intestino Irritable, artritis reumatoide, lupus, asma, psoriasis y eccema, sinusitis, esclerosis múltiple, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, hipotiroidismo, hipoglucemia, depresión y estados de ansiedad, anemia.

En ese capítulo hemos tratado de mostrar los límites que supone la invisibilización de cuestiones que mantienen una concepción de la enfermedad, en la práctica clínica, como algo local y limitado a la cavidad vaginal.

5 Candidiasis en los medios de comunicación y publicaciones científicas.

Una segunda búsqueda genérica se centró en artículos en los que se trata la candidiasis en España y en publicaciones en inglés. La búsqueda en medios de comunicación españoles fue a través de las hemerotecas de los diarios que permiten su acceso gratuito a través de la web. Dichas hemerotecas pertenecen a los diarios ABC, El País y La Vanguardia desde los inicios en que se comenzaron a publicar ediciones impresas de cada uno de los periódicos. En el caso del ABC desde 1891, La Vanguardia desde 1881 y El País desde 1976. También efectué una búsqueda a través del motor de búsqueda de Google News en donde obtuve artículos procedentes de revistas y periódicos procedentes de países de lengua inglesa principalmente EEUU y Reino Unido. Debido a cambios en la legislación, las publicaciones de España han quedado excluidas de este motor de búsqueda.⁹⁸ Una tercera búsqueda la efectué en la web de la hemeroteca de la Biblioteca Nacional a

⁹⁸ Tras la reforma de la Ley de Propiedad Intelectual de 2014 Google News España ha dejado de funcionar.

través de la cual obtuve artículos publicados en el Diario de Avisos⁹⁹.

A consecuencia del elevado número de artículos que obtuve seleccioné los que estaban directamente relacionados con la Candidiasis, tratamientos y causas. Específicos de la infección vulvo-vaginal y del sistema digestivo, excluyendo los relacionados con la infección en hombres específicamente. Escogí diez, los que resultaron significativos en la manera de presentar la candidiasis y la forma de tratarla. Prolongué la revisión hasta las primeras 20 páginas de resultados de la búsqueda entre los que aparecían artículos desde 2009 hasta el mismo mes de agosto de 2015 en que la realicé. Esta limitación se debe a que en las páginas posteriores los artículos relacionados con el tema de interés para el presente trabajo comenzaron a escasear. Asimismo tal y como ya mencioné en el capítulo introductorio esta tesis es una aproximación inicial al problema dejando la puerta abierta a la posibilidad de continuar el trabajo en un estudio más extenso posterior.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron las siguientes: *candidiasis, Cándida Albicans, candidiasis vulvo-vaginal, ETS*.

He diferenciado dos maneras distintas de enfocar la candidiasis producida por el hongo *Cándida Albicans* entre los artículos seleccionados. Principalmente encontramos una perspectiva biomédica y otra asociada a modelos alternativos médicos. El modelo biomédico se caracteriza por tratar la candidiasis definiéndola como hongo patógeno oportunista¹⁰⁰ que habita de forma habitual en la microbiota intestinal. Se explican distintos ensayos e investigaciones realizadas o en proceso en el momento de redactar la noticia, en los que se trata de encontrar una explicación a cómo funciona el hongo, la manera en que éste se torna virulento y causa la infección¹⁰¹ y la búsqueda de nuevas drogas capaces de acabar con el hongo en las infecciones más graves desde la genética de este organismo, tratando de

⁹⁹ <http://hemerotecadigital.bne.es/details.vm?q=id:0012286848&lang=en>

¹⁰⁰ <http://www.biosciencetechnology.com/product-releases/2015/07/new-monoclonal-antibody-candida-albicans>

¹⁰¹ <http://www.infosalus.com/salud%2%ADinvestigacion/noticia%2%ADinofensiva%2%ADcandida%2%ADnociva%2%ADcandidiasis%2%AD20150703073532.html>

comprender la base de su biología.¹⁰² Aparece la comparación bélica de la infección como por ejemplo: “The Candida Cold War”¹⁰³, como manera de describir el proceso infeccioso, que según estas informaciones es uno de los principales focos de investigación para la salud pública en los Estados Unidos, en este artículo sostienen que la *Cándida Albicans* es causante de la supresión del sistema inmunológico al producir una sustancia llamada farnesol¹⁰⁴

También encontramos una batería de artículos científicos como resultados de la búsqueda de candidiasis vulvovaginal. Entre estos aparecen estudios realizados por compañías Norteamericanas para diseñar nuevos fármacos que contengan el crecimiento del hongo y refuercen el sistema inmunológico.¹⁰⁵ Además de aparecer en artículos que recogen las infecciones vulvo-vaginales más frecuentes entre las mujeres catalogada fuera de las Enfermedades de transmisión sexual, la forma de diagnosticarla más frecuente y los tratamientos convencionales.¹⁰⁶

Desde el otro modelo alternativo los artículos, en su mayoría, se centran en proponer tratamientos a base de una dieta específica que se asemeja, antifúngicos procedentes de plantas y remedios naturales como el ajo, aloe vera, orégano, extracto de semilla de pomelo, etc. En estos artículos se suele hacer referencia a la candidiasis intestinal o crónica¹⁰⁷. Esta infección puede ir asociada a otras enfermedades graves o crónicas (fatiga crónica, diabetes, fibromialgia, depresión, etc.) así como es frecuente encontrar la diversa sintomatología que puede producir.¹⁰⁸

¹⁰² <http://phys.org/news/2015-04-crispr-cas-albicans-deadly-fungal-infections.html>

¹⁰³ <http://www.popsci.com/candida-cold-war>

¹⁰⁴ *Íbid.*

¹⁰⁵ <http://www.marketwatch.com/story/cidara-therapeutics-to-present-data-from-antifungal-drug-development-programs-at-icaacicc-2015-meeting-2015-08-10/print>

¹⁰⁶ <http://www.nursinginpractice.com/article/gynaecological-infections>

¹⁰⁷ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3242405/>

¹⁰⁸ <http://newswire.net/newsroom/pr/00089262-colloidal-silver-coconut-oil-natural-help-candia.html>

En la prensa española escaseaban los artículos recientes. Entre estos, dos son anuncios de clínicas que aplican un diagnóstico y tratamiento no convencional¹⁰⁹, aplicando la tecnología ortomolecular, la ozonoterapia¹¹⁰ y la dieta. Parece que hay un salto de unos años en los que se dejó de hablar de la candidiasis, pues encontré artículos en los 80¹¹¹ y 2000 pero en los 90 casi no encontré literatura periodística. Algún artículo escrito por médicos sustentaba la línea parcelar de la biomedicina¹¹². En otros casos se difundían las investigaciones que se están realizando acerca de tratar comprender cómo se transforma el hongo *Cándida* de ser inofensivo a nocivo tal como lo presentan¹¹³.

Otra problemática encontrada, además de la mencionada por el cierre de Google News España, es la de los artículos de pago que limitan su lectura al pago de cuotas.

Aunque este aspecto de la investigación requiera mayor profundización de cara a una investigación doctoral futura, los datos apuntan a

Por tanto encontramos dos modelos médicos, dos maneras fundamentales de tratar la candidiasis y dos formas de centrar la infección, en cuanto a la gravedad atribuida, y el rechazo a la candidiasis crónica e intestinal por parte del modelo biomédico, limitado a la cuestión biológica del hongo. Frente a un acercamiento más amplio y desde el punto de vista social, cultural, ambiental del modelo alternativo. Escasez de artículos relacionados con la candidiasis vulvovaginal, más frecuentes en España. Los medios hacen de altavoz para terapias alternativas a las que se ofrecen habitualmente en los centros sanitarios. Recogiendo algunas de las

¹⁰⁹ Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013), p. 10-11.

¹⁰⁹ Martín Peña, J.F. (27 de septiembre de 2011). p. 35.

¹¹⁰ Rovira Dupláa, Gloria. (8/3/2012).

¹¹¹ Krause, Anita. (7/8/1987).

¹¹² <http://www.mujerhoy.com/salud/guia-enfermedades/molestias-recurrentes-745320092013.html>

¹¹³ <http://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-inofensiva-candida-nociva-candidiasis-20150703073532.html>

perspectivas más amplias que defendemos desde estas líneas.

“Las mujeres han opuesto resistencia permanente a la dominación masculina”¹¹⁴

6 Experiencias y saberes de las mujeres con candidiasis

6.1 Metodología de las entrevistas

Como exponía al inicio de este trabajo, uno de sus objetivos es traspasar los límites que la explicación estrictamente biomédica de la candidiasis impone. Para ello he seguido el hilo conductor de mi propia experiencia y he planteado algunos enfoques generales desde el feminismo, y las medicinas alternativas. En este apartado recogeré las aportaciones de otras mujeres que sufren de candidiasis. Sus experiencias las entiendo como un conjunto de saberes relevantes para el propio saber médico. Aunque puedan considerarse “subalternos”, por la propia hegemonía biomédica, su utilidad trasciende, tal y como planteo en este trabajo, a la de los recursos que ofrece la propia medicina.

Para acercarme a la experiencia de la enfermedad he entrevistado a cuatro mujeres que han vivido durante varios años con candidiasis o que aún conviven con esta infección. Las preguntas iban orientadas a explorar su situación vital en el momento de producirse los síntomas de la cándida, cómo se sentían en sus relaciones afectivo-sexuales, la reacción de sus familias ante el problema, el trato médico recibido, si hubo cambios en la relación con su propio cuerpo, si adquirieron nuevos conocimientos sobre el autocuidado y cuestiones acerca del desarrollo o puesta en práctica de herramientas para buscar soluciones o controlar las molestias causadas por

¹¹⁴ Harding, Sandra. (1987), p.5

el hongo. En las entrevistas también exploré cómo entendían la candidiasis, qué significaba para ellas y qué había supuesto en sus vidas, si había producido cambios en la manera de percibirse, cuidarse, alimentarse o relacionarse con los demás y con ellas mismas. Es decir, si podían hacer una interpretación del posible significado de la enfermedad en el contexto de sus vidas. En las entrevistas no he usado estrictamente un modelo procedente de la historia oral o de las ciencias sociales. Me he inspirado en la perspectiva que propone la terapia narrativa. Los objetivos de esta metodología me han resultado estimulantes porque buscan a rescatar el saber que las personas tienen sobre sí mismas, tal y como también planteo en este trabajo. Las prácticas narrativas o terapias narrativas beben de las teorías post-estructuralistas (Foucault, Derrida, etc.), de los feminismos, del análisis del discurso, terapias sistémicas y familiares, entre otras fuentes. Uno de sus objetivos es incorporar la teoría a la práctica. Las prácticas narrativas fueron elaboradas inicialmente por Michael White y David Easton.¹¹⁵

Un principio básico de éstas prácticas es que “la persona nunca es el problema, el problema es el problema”¹¹⁶. Desde esta perspectiva las personas dejan de ser víctimas y pasan a ser sujetos con obstáculos que superar. Se elimina la visión victimizadora y culpabilizadora. De hecho, pone el foco en las destrezas y habilidades que las personas tienen para superar los problemas. Para llevar a cabo este objetivo, terapéutico en sí mismo, es necesario que en la entrevista las personas conecten con su contexto. Conocer dónde habitan, cómo se relacionan con el entorno y en qué lugar están situadas respecto a los demás. Se entiende también la identidad como una construcción social, colectiva, nunca aislada.

¹¹⁵ White, M. & Epston, D. (1990).

¹¹⁶ Mi propia traducción de la frase extraída del texto de Erick Sween “The person is never the problem, the problem is the problem”. Sween, Erick. (1998), p. 4.

Estos planteamientos de las terapias narrativas, se alejan de la ideología dominante, del llamado “Imperialismo Cultural”¹¹⁷ que hace responsable de sus propias desgracias a cada cual, interpretando la realidad como compartimentos estanco y entiende que quienes no tienen éxito, por ejemplo al enfrentar su enfermedad, es porque no se han esforzado lo suficiente. Esta visión individualizadora y culpabilizadora está muy presente en la realidad social actual y, en gran medida, es un componente de la práctica biomédica. Frente a estos discursos que crean una realidad cruel y al servicio de unos intereses de clase, etnia y/o género, las terapias narrativas pueden ser herramientas generadoras de nuevos discursos y capaces de rescatar prácticas de resistencia que ayuden a visibilizarlos y sean útiles a todas. Porque otro de los principios de las prácticas es el de considerar que “las personas siempre resisten”. La propuesta y filosofía general de las prácticas narrativas es la opuesta, desde este punto de vista, al sistema patriarcal que se obstina en invisibilizar las resistencias.

Con la influencia de este objetivo metodológico, he recogido los testimonios de mujeres que han padecido candidiasis y que, aun sabiendo que los síntomas tienen difícil solución, han tratado de buscar medidas para afrontar su padecimiento y no han aceptado de forma resignada y dócil los tratamientos que profesionales del sistema de atención biomédica les ofrecían. Me interesa recoger cuales son o han sido sus habilidades y descubrimientos, puestas en común con otras mujeres, etc. Trato de ir más allá en el discurso de la enfermedad como una cuestión individualizada y localizada, un problema de *algo no estás haciendo bien, o es cosa tuya*, que suelen achacar a esta enfermedad que no mata, o no tiene unas secuelas graves, en la mayoría de los casos, pero que a nivel psicológico afecta mucho creando obsesiones, ansiedades, inseguridades y rechazo al propio cuerpo. Este objetivo coincide también con los trabajos que tratan de recuperar los conocimientos subalternos que desde las vidas cotidianas de las mujeres,

¹¹⁷ Chambers, D.W.; Gillispie. (2001).

han facilitado la oposición al sistema patriarcal. Como ejemplo, en el campo de las emociones, el libro de Rosa Medina, *Ciencia y sabiduría del amor. Una historia cultural del franquismo*.¹¹⁸

Para las cuatro entrevistas, escogí mujeres feministas, amigas y conocidas en los diferentes ámbitos en los que he participado como el feminismo, el académico o el político. Todas ellas se reconocen como bio-mujeres y que han convivido con candidiasis diagnosticada durante varios años de su vida. Utilizaré pseudónimos para identificarlas con el objeto de preservar en mayor medida su privacidad. A continuación presento de manera unas referencias sobre las participantes:

- Alex tiene 45 años, estudió traducción e interpretación, vive en Alicante. La entrevista la realizamos en la ciudad donde reside. Hemos compartido espacios políticos.
- Violeta tiene 30 años, es estudiante y habita, durante la realización de la entrevista, en un barrio periférico de la ciudad de Santiago de Chile. Esta entrevista con Violeta la realizamos a través de Skype.
- Irene tiene 27 años, vive en Orihuela, en la provincia de Alicante, en el momento de la entrevista trabajaba en la hostelería estudió la licenciatura de Filosofía y Letras. Compartimos inquietudes políticas y feministas.
- Silvia tenía 26 años cuando se realiza la entrevista, es ilustradora, estudió bellas artes en Valencia, ciudad en la que reside actualmente y desde donde hizo la entrevista vía Skype. Actualmente está en paro. Comenzó a experimentar la candidiasis desde los quince o dieciséis años. Nos conocemos más o menos desde entonces y ambas hemos aprendido y compartido conocimientos sobre cómo sobrellevar la enfermedad en estos años.

¹¹⁸ Medina Doménech, R.M. (2012).

Además de estas cuatro entrevistas presentaré las aportaciones que recogí de la entrevista a dos mujeres de la Asociación de Afectadas por la Endometriosis crónica (ADAEC). Estas mujeres, al constituirse en asociación, han desarrollado herramientas para sobrellevar mejor la enfermedad, consiguiendo un gran empoderamiento sobre su padecimiento. Escogí incluirlas en mi trabajo por la actividad reivindicativa que desarrollan dando a conocer la enfermedad que, como ellas mismas la califican, es la enfermedad del silencio, porque es una desconocida. Estas mujeres han formado un colectivo como respuesta grupal ante las situaciones de violencia médica y presiones, falta de información, escasez de tratamientos e investigación. La endometriosis es una enfermedad que afecta entre el 10 y el 15% de las mujeres.¹¹⁹ También es un tema tabú porque afecta a los órganos sexuales y reproductivos, afecta a la sexualidad y a la calidad de vida de las mujeres que la padecen.

Para aportar el punto de vista de la práctica médica incluiré citas de la entrevista realizada a una médica interna en un hospital de Madrid que está realizando el tercer año de sus estudios en la especialización de ginecología y obstetricia. Pude localizarla a través de un grupo de Facebook Ginecología bollo/trans/queer/intersex.¹²⁰ En donde publiqué un mensaje explicando los motivos de mi trabajo y animando a que alguna profesional se entrevistara conmigo. La entrevista se realizó a través de Skype. Las aportaciones que introduzco de esta entrevista son escasas debido a las limitaciones en tiempo y extensión de los requisitos académicos del TFM. Estos materiales requerirán, por tanto, un posterior desarrollo y profundización de los materiales recopilados.

¹¹⁹ <http://adaec.info/>

¹²⁰ Grupo cerrado de Facebook Ginecología bollo/queer/trans/intersex en su propia descripción: "Este grupo ha sido creado con el fin de compartir experiencias y recomendaciones sobre ginecólogxs en España desde el punto de vista queer. (...) La idea es conseguir una lista de ginecólogxs con "sello de aprobación bollo" para poder ir a la consulta con tranquilidad y no con pavor." Acceso online: <https://www.facebook.com/groups/449253448544540/>

He dividido el análisis de las entrevistas en tres bloques temáticos que no son compartimentos estanco. En el primer bloque, analizaré la narrativa extraída de las conversaciones en lo referente a los significados que otorgan las entrevistadas a la infección candidiana: las posibles causas que ellas atribuyen, cuándo comenzaron a sentir los episodios de candidiasis, la relación con su cuerpo, su sexualidad y la importancia de la vagina como órgano que va más allá de las atribuciones reproductivas. En el segundo bloque expondré ejemplos de las violencias que han padecido, bien dentro de las relaciones de pareja o por maltratos recibidos en la infancia. En sus testimonios, algunas de ellas, recuerdan haber padecido candidiasis al mismo tiempo que sufrían violencias.

También he indagado vivencias del entorno bio-sanitario, en cuanto al trato recibido, la culpabilización de las mujeres, el determinismo y la falta de búsqueda personalizada de soluciones o la medicalización. He tratado de resaltar las aportaciones que realizan las mujeres al modelo científico médico en cuanto al tratamiento de la candidiasis. También comparo las distintas interpretaciones que se hacen desde el ámbito biosanitario y desde el de las afectadas.

La tercera temática se centra en torno al análisis y recogida de información acerca de las habilidades adquiridas en el proceso de la infección en los años en los que han vivido con esta. Aspectos sobre la toma de decisiones, la puesta en común con otras mujeres, el control y cuidado de la candidiasis, etc.

Por último quiero poner en conversación las aportaciones que hicieron dos mujeres de la asociación española de endometriosis para poder comparar y buscar similitudes entre ambos colectivos de afectadas en relación con estos tres bloques temáticos señalados.

“El cuerpo es la geografía
primera que encarna la
experiencia”¹²¹

6.1.1 Interpretaciones del Síntoma

La cuestión interpretativa de la infección por candidas es uno de los ejes centrales que sustenta este trabajo. A través de la metodología cualitativa del análisis de las entrevistas realizadas a estas cuatro mujeres he podido constatar que se repite la idea de la candidiasis recurrente como síntoma. Recojo el concepto de *saturación* de información que Franco Ferratori describe como al “hacer tantas entrevistas de historia oral (...) que al final se llega a establecer las repeticiones, se estandariza lo vivido y la calidad de vida, se cuantifica lo cualitativo”¹²². En dos de las narraciones se expresa como tal: *síntoma*, y en el resto se hace referencia al cuerpo como manera de expresarse ante un malestar general producido por situaciones difíciles que generaban estrés, conflictos, malas relaciones sexo-afectivas, etc. El nivel de reflexión también varía, alguna de ellas no había dado ninguna interpretación al respecto o hasta ese momento no había mirado desde esa perspectiva el problema.

Ante las diferentes interpretaciones de a qué responde la candidiasis debemos tener en cuenta lo que tan acertadamente apunta la historiadora Miren Llona que utiliza la metodología de la historia oral: “comprender e interpretar la experiencia de los sujetos exige, asimismo, romper la distinción convencional entre cuerpo y mente y concebir el cuerpo como la encrucijada en la que confluyen la cultura material y la subjetividad emocional”¹²³. Partiendo de esta concepción cobra sentido cómo el cuerpo manifiesta la experiencia concibiendo al mismo como entidad completa y

¹²¹ Frase recogida entre mis notas en el taller de Narrativas organizado por Andrea Ortega y Tania Aguirre en Granada. Abril 2015.

¹²² Ferrarotti, F. (2009), 49, p. 119. Citado en Llona, M. (2012).

¹²³ Llona, M. (2012).

compleja, lugar en donde queda grabado para bien o para mal aquello que nos inculca el mundo en el que vivimos. Nuestros cuerpos son experiencia y podríamos decir que dialogan con el contexto y hablan, si nos sabemos parar a escucharlos. Estas experiencias incorporadas y sus procesos acompañantes, como señala Miren Llona, configuran lo que denominamos subjetividad, “La huella infligida por las emociones en el cuerpo y la interpretación que hacemos de ellas, son el principio de un proceso emotivo-cognitivo en el que se va forjando la subjetividad”¹²⁴.

De las entrevistas extraigo las interpretaciones que hacen estas mujeres de lo que perciben grabado en sus cuerpos.

La reflexión de Alex nos permite aclarar la manera en la que la percepción de la enfermedad varía en la experiencia personal. El testimonio refleja el modo en que ella interpreta la persistencia de la candidiasis una vez que se deshizo de la explicación que en un primer momento, cuando era más joven, le dio uno de los médicos a los que acudió. La explicación del médico consistía en achacar a la envergadura de su periné el motivo de auto-infección.

“(...) la lectura que yo hago ahora de las candidas es distinta de la que entonces... es que no hacía ninguna lectura. (...)”

Pero en los últimos 10 años ¿se sigue grabando? En los últimos 10 años o así sí que ha habido un cambio en la forma en la que yo he interpretado la candida, yo casi considero la candida, o sea, obviamente una candida no es una enfermedad autoinmune, pero sí que pienso que tiene las mismas causas y que son causas de relación con el mundo, con tu entorno, con cosas que te tragas y que no tendrías que tragarte y que te acaban bajando mucho las defensas, tanto como te las pueda bajar un antibiótico.” (Alex)

¹²⁴ Íbid. p.

En relación a cómo percibe los efectos del contexto en la enfermedad, una cuestión que como indicábamos no contempla el modelo médico, añade:

“Y en cuanto a la relación con la gente yo pienso que también, probablemente en los momentos de mi vida en los que he tenido más problemas eh... irresueltos porque sabía lo que tenía que hacer pero no me atrevía a hacerlo, han sido los momentos en los que he tenido candidas más bestias, por lo cual en cierto modo la candida es un mensaje que te manda el cuerpo, y si es un mensaje que te manda el cuerpo, pues más vale hacerle caso porque se equivoca pocas veces.” (Alex)

Destaco la manera en la que expresa que a pesar de saber lo que tenía que hacer, no se atrevía a hacerlo y, sobre todo, la conexión que establece con la infección como esa forma que tiene el cuerpo de narrarnos cómo nos afectan las emociones que sentimos. Otra entrevistada, Violeta, lo narra de la siguiente manera haciendo referencia a la candidiasis como un síntoma a través del cual su cuerpo manifestaba el malestar que vivía:

“Si hubiera tenido personas a mi alrededor capaces de escuchar y de ver lo que estaba pasando, habría podido escuchar cuánto estaba gritando mi cuerpo a través de ese síntoma. Tardé mucho en hacer eso. Porque una de las razones por la cual yo seguía desarrollando candidiasis era que yo tenía relaciones con personas que no me resultaban deseables. Definitivamente en contra de mis deseos, porque yo tampoco tenía claros cuales eran mis deseos.” (Violeta)

Esta cuestión resulta reveladora. El rechazo del cuerpo ante situaciones que le desagradan. Como veremos en fragmentos siguientes la conexión entre la vagina y el contexto, o la experiencia vivida, que es interpretada como desagradable e indeseable se vuelve manifiesta en la forma de candidiasis. Y así es interpretada por las participantes.

“(…) La candidiasis podría ser como finalmente una atadura. Una amarra, un algo que de cierta manera, una alarma, un grito, una herida. Un algo que trata en la desesperación tu cuerpo en el maltrato que tú misma le estás sometiendo, tu cuerpo sigue gritando, algo así podría ser. Como un, no sé, gesto extremo del cuerpo de seguir allí. ¡Estoy aquí! ¡Mírame, mírame, mírame, mírame!, (...), entonces probablemente era obvio que yo era lesbiana, se veía, pero desde afuera, entonces, eso de yo creo que igual fue algo sano. Porque finalmente es una paradoja, pero puede ser que la candidiasis me haya obligado, con el hecho de ser tan invalidante. Tan molesta y tan permanentemente presente en mi vida me haya obligado a escuchar a mi cuerpo. De hecho yo fui al iridólogo la primera vez y él me dijo qué haces aquí por qué viniste, y yo le dije porque no sé qué hacer con la candidiasis. Y allí empezó nivel más desarrollado con más herramientas y con más recursos intelectuales y políticos un recorrido hacia un bienestar mayor, más general. (Violeta)

Violeta define como alarma, grito, el mecanismo del propio cuerpo para llamar la atención ante la problemática que supone no reconocer la propia sexualidad. Entra a precisar con detalles las relaciones entre cuerpo y mente, entre cuerpo y emociones.

Violeta menciona la paradoja que supone una infección que le resultaba invalidante en los quehaceres cotidianos. Algo de lo que también habla Irene en su narración, por la incomodidad que suponen los constantes picores y la necesidad de tener cerca un baño donde poder aliviarlos con agua fresca. Paradoja en el sentido de que la obligó a buscar y dar un sentido y una explicación al malestar, a buscar soluciones y respuestas en sí misma. Aprender a escucharse y concederle la importancia que esta actividad consciente con una misma tiene para nuestra supervivencia. Como forma de conservar o lograr un bienestar emocional y por ende físico.

Estos testimonios ejemplifican muy bien el proceso y aportaciones vitales del

autoconocimiento como forma de resistencia al abuso y las violencias y como forma de sanar y aprender a estar en el mundo desde una posición elegida. Autoconocernos es un mecanismo de defensa tan indispensable como comer o dormir, del que nada se nos enseña en las escuelas o la cultura hegemónica, pero que late y se transmite cuando varias mujeres se reúnen y ponen en común sus inquietudes desde una perspectiva política y consciente con el lugar que se nos otorga socialmente. Las prácticas de autoayuda (*self-help*) ponen de manifiesto cómo a través de una formación y transmisión de conocimientos, desde la perspectiva feminista, aportan recursos a las mujeres para la prevención de la violencia machista, los embarazos no deseados o el contagio de ETS.¹²⁵

La experiencia vaginal de las mujeres entrevistadas, muestra la candidiasis vulvovaginal como una *alarma*, la expresión somática que nos revela que no estamos prestando atención a nuestras necesidades. Las mujeres perciben el aparato genital femenino como localización desde la que reconocer el malestar, el abuso y las violencias recibidas.

6.1.2 ¿Por qué enfermo? Interpretación de las causas y desencadenantes iniciales.

Es significativa la coincidencia entre las cuatro entrevistadas sobre el hecho desencadenante de las molestias causadas por la candidiasis. Todas ellas asociaron el inicio de las relaciones sexuales heterosexuales con penetración a la aparición de la candidiasis. El factor de la edad de inicio de las relaciones sexuales se recoge en varios artículos revisados como parámetro a través del cual medir la incidencia de las infecciones vaginales.¹²⁶

Incluso cuando ellas recuerdan que aquel momento pensaron o les señalaron otro tipo de causas:

¹²⁵ Arrufat Gallein, Vita. (2013). p.43.

¹²⁶ Alemán Mondeja, L.; Almanza Martínez, C.; Fernández Limia, O. (2010).

“Creo que fue aproximadamente a los 15-16 años, más o menos, y ahí fue cuando empezamos a salir todos y empezamos a llevar ropa sintética, de materiales sintéticos, mallas o ropa interior que estaba más a la moda y no eran prendas hechas de algodón ni mucho menos. Yo creo que fue ahí. Por no contar también que es cuando empiezas a tener relaciones, pues es una bomba de factores.” (Silvia)

“Pues fue básicamente desde que empecé a tener relaciones sexuales, prácticamente desde el principio. Con 14 o 15 años o así. Recuerdo una de las primeras como más fuerte, fue un verano en que hacía natación, y se acusaba la infección a la natación cuando yo había hecho natación desde que nací y nunca había tenido infecciones en 15 años.”(Irene)

“En París, me había ido a un intercambio y además yo en principio pensé que tenía que ver, bueno yo tengo piel atópica, y al principio yo pensé que tenía que ver con que la casa en la que yo estaba usaban papel higiénico perfumado. Entonces lo atribuí a eso y a haberme bañado en unas piscinas que había en el Sena que la verdad es que eran un churriporquez.

-¿Me comentabas antes que por aquel entonces tenías pareja?

Eh... no, no tenía pareja pero la verdad es que he caído ahora hablando contigo que hacía quince días que había tenido mi primera relación sexual con penetración. Con preservativo, también.” (Alex)

En estos tres fragmentos aparece la cuestión de las relaciones heterosexuales como posible factor desencadenante, junto con otras variables como el agua de las piscinas, el papel higiénico o la ropa sintética, que pudieran ser las explicaciones habituales que se dan en el ámbito médico.

Estos son algunos de los factores que predisponen para la aparición de la infección vaginal por *Cándida* según el manual básico de obstetricia y

ginecología: “incluyen embarazo, diabetes mellitus, ropas ajustadas o de tejidos sintéticos, duchas vaginales, ferropenia, inmunosupresión, etc.”¹²⁷

La siguiente respuesta va más allá, pues relaciona el debut de la enfermedad con el deseo sexual que no cabe en la heteronorma:

“Yo conecto el inicio de la candidiasis con el comienzo de las relaciones sexuales con varones (...) Creo que hubo una vuelta en términos de preferencia sexual, a los 25 asumí por fin que sí me gustaban las mujeres, eso cambió por lo menos, tuvo un impacto directo porque yo dejé de tener relaciones sexuales con varones, eso influyó sin duda, porque finalmente una de las causas, pero no tengo ninguna respuesta acerca de eso, son mis hipótesis, nadie me las confirmó, pero si efectivamente una de las causas de la candidiasis, o el hecho de que fuera tan seguido, tan fuerte, era el hecho de tener relaciones sexuales indeseadas eso dejó de ser (...)” (Violeta)

Como venimos observando la vagina es altavoz del malestar y las relaciones indeseadas. En el capítulo de las violencias, la relación que las participantes establecen entre unas malas relaciones sexo-afectivas y la infección candidiana. Al producirse éstas en el mismo periodo de tiempo o posterior. Violeta menciona una mejoría al abandonar las prácticas que le producían ese sufrimiento. No es casual, por tanto, que el reconocimiento de su sexualidad lésbica mejorara su infección.

En algunos de los artículos revisados en el capítulo de *Visibilizar los límites de la definición científica de la candidiasis* se hace referencia al coito como factor de riesgo en la infecciones VVR.¹²⁸ Sobre este punto reflexiona Violeta a continuación:

¹²⁷ Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013), p. 11.

¹²⁸ Patel, D. A.; Gillespie, B.; Sobel, J. D.; Leaman, D.; Nyirjesy, P.; Weitz, V. M.; Foxman, B. (2004).

Cabría preguntarse si las causas atribuidas que no tienen que ver con la sexualidad vienen de las posibles explicaciones que se dan en el ámbito médico. Por mi experiencia nunca hicieron referencia a la posibilidad de que, de alguna manera, las relaciones sexuales con penetración tuvieran algo que ver. Mientras que en varias ocasiones en los centros de salud, en las revisiones y al acudir por candidiasis a las consultas apuntaron a la importancia de llevar ropa interior de algodón, no utilizar jabones que pudieran alterar el Ph, no llevar ropa ajustada, etc.” (Violeta)

Alex especifica con minuciosidad los elementos de la práctica heterosexual que pueden contribuir a la vaginitis. Lo relata de la siguiente manera:

“Y a parte sí que pienso que también tiene que ver con el sexo heterosexual, con el sexo heterosexual, con penetración, o sea, con el coito, pienso que no hay información, que los tíos muchas veces no se dan cuenta de que los genitales de una mujer no tienen nada que ver con los genitales de un hombre, pero en todos los sentidos y que tratan la vagina como si fuera un tubo, no llevan el cuidado que deberían llevar en nada, desde no tocar la zona perianal y después tocar la zona vaginal, hasta todo, hasta la forma de penetrarte, sobre todo con preservativo, incluso yo creo que también los potingues que llevan los preservativos: lubricantes, conservantes, lo que llevan los preservativos, entre viscoso y arenoso.” (Alex)

Alex pone de manifiesto una cuestión que tiene que ver con la falta de información sexual, una educación sexual casi inexistente o basada en lo que muestra el porno *mainstream* o de masas. El coitocentrismo como única manera de expresarse sexualmente. Y los materiales anticonceptivos que quizá no siempre están pensados para la fricción vaginal.

Como vemos, las entrevistadas aluden al inicio de las prácticas sexuales heteronormativas como desencadenante de la infección por candidas. alguna de ellas duda de su propia percepción, aunque la afirma, porque no es una idea que le hayan confirmado desde el ámbito biomédico.

En la entrevista realizada con la Médica hacía referencia a esta posibilidad:

“Aunque no es considerada una ETS en el sentido en el que se pueda contagiar a través de relaciones sexuales, sí que se ha visto que tras las relaciones sexuales las mujeres pueden presentar episodios de candidiasis y también en parejas, sobre todo se ha estudiado en parejas homosexuales de mujeres, pero sí que se ha visto que puede concordar el mismo tipo de cándida en ambas y que si era peligroso que coincidiera en ambas, pero en el sentido de que sea una enfermedad que se transmita por el ámbito sexual no.

- (...) ¿A qué crees que puede deberse eso? (Entrevistadora)

-La verdad es que no lo sé, yo me he vuelto a revisar el tema de las candidiasis y no hay nada que lo explique” (Médica)

Este estudio chileno refleja que entre cien mujeres que presentaron candidiasis el 11% no había tenido relaciones sexuales frente al 25,3% que sí las habían mantenido. Señalan entre “factores de riesgo de CVV (...) el uso de anticonceptivos orales y la actividad sexual, ambos factores presentes en la mayoría de las pacientes estudiadas.”¹²⁹ Aunque sí parece ser un factor, el de las relaciones sexuales, que se tiene en cuenta como posible causante de las infecciones candidiana no hay una profundización en la prevención de prácticas sexuales que la desencadenan. La penetración permanece intocable, incuestionada y como una práctica absolutamente imprescindible en las relaciones sexuales.

En mi experiencia, en el entorno biosanitario como paciente, nunca fui informada de que las relaciones sexuales pudieran ser un factor de riesgo. Y como he citado unos párrafos más arriba no se suele incluir entre los factores de riesgo más comunes.

¹²⁹ Martínez, M. A.; Barría, A.; Meneses, R.; Oyarzún, P.; Sandoval, J. (2003).

Cabría aquí plantear cuál es el alcance de la heteronorma, en unas sociedades que se dicen libres, el coitocentrismo llega hasta los lugares en los que creemos tener mayor intimidad. La sacralización de una práctica sexual que es en potencia destinada a la reproducción y que no tiene en cuenta el placer femenino, porque pone en el centro de la búsqueda del placer el orgasmo masculino. Así, carentes de educación sexual y autoconocimiento feministas, reproducimos con tanta facilidad como si del propio instinto se tratara, como si, creyéndonos tan libres a la hora de performar nuestra sexualidad, no estuviéramos reproduciendo lo que la cultura androcéntrica nos inculca. Sobre esta cuestión el aporte de Paul (B.) Preciado en su Manifiesto Contrasexual puede ser enriquecedor desde el punto de vista de ampliar el espectro del placer a través de unas prácticas que Preciado propone que deben ser entendidas como “tecnologías de resistencia o formas de contra-disciplina sexual.”¹³⁰ Estas tecnologías se basan en comprender el placer sexual más allá de la genitalidad extendiéndolo a cualquier parte del cuerpo.

6.1.3 Relación con el cuerpo propio y la sexualidad. La importancia de la Vagina.

Hablar de vulvovaginitis y no explorar con algún detalle el significado de las vaginas me pareció inapropiado para los objetivos de este estudio. Nuestro órgano sexual y reproductor tiene gran importancia en nuestras vidas, pero no siempre prestamos la atención que merece. Muchas mujeres nunca han visto sus vaginas, sus cuellos de útero o los distintos orificios por los que salen al exterior fluidos como el que producen las glándulas de Bartolini o la próstata femenina -algo más conocida como glándula de Skene-. El hecho de que nuestros órganos tengan nombres de hombres que se atribuyeron su descubrimiento ya nos da indicios para pensar en la colonización y expropiación que nuestras vulvas y vaginas han venido sufriendo.

¹³⁰ B. Preciado. (2002), p.19.

Nuestra cultura se caracteriza por silenciar y ocultar todo lo relacionado con esa parte de nuestros cuerpos. Hablar de nuestras vaginas es tabú. Desde pequeñas nos enseñan a ocultar que tenemos la menstruación, que es algo sucio, que es un proceso que debe doler –esto lo saben bien las mujeres que padecen endometriosis- nuestro ciclo menstrual nos es casi desconocido muchas mujeres lo viven como ajeno. Apenas se nos ofrecen conocimientos e información sobre cómo cuidar de ese órgano, qué opciones para la recogida de la sangre menstrual existen, al margen de las que a la industria interesan. El ejemplo de la copa menstrual es claro, porque no es de usar y tirar, y por tanto no es tan rentable.

A la ciencia médica solo ha interesado el estudio de nuestros órganos que pensaron que estaban implicados en la reproducción. Los órganos que tienen que ver con nuestro placer son “secundarios”. Diana J.T lo recoge en su libro *Coño Potens*: “según alguna bibliografía el aparato reproductor femenino se divide en dos partes: órganos genitales internos la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios y órganos genitales externos y caracteres secundarios, que comprenden la vulva y los senos.”¹³¹

Se atribuyen una ingente cantidad de mitos, falsedades y medias verdades acerca del funcionamiento, y composición de nuestros genitales, fruto de un conocimiento producido desde patrones androcéntricos, profundamente misóginos y sesgados. La religión católica también es responsable, en un país como el nuestro, de esta visión transmitida por la ciencia. Incluso, como señala Naomi Wolf, la propia ciencia confirma lo que la experiencia de las mujeres mostraba. En el campo de las neurociencias se están constatando las conexiones que existen entre vagina y cerebro:

"Una vez que se entiende lo que los científicos de los laboratorios y clínicas más avanzados del mundo están confirmando – que la vagina y el cerebro son esencialmente una red, o 'un sistema completo', como suelen decir, y

¹³¹ Perlemtuter, L. (1999).

que la vagina es un intermediario de la confianza femenina, la creatividad y el sentido de trascendencia- las respuestas a muchos de los aparentes misterios caen por su propio peso".¹³²

La autora de la obra "Monólogos de la vagina", representada en casi todo el mundo, Eve Ensler¹³³, se basó en las entrevistas realizadas a mujeres alrededor del globo para sus monólogos sobre este órgano. Utiliza el humor para dar el protagonismo -y la voz- que merecen las vaginas. Es fácil identificarse con alguna de las historias cotidianas que cuenta a través de sus personajes, como el éxito mundial de la obra viene mostrando.

Sirva esta breve introducción para analizar el significado de la vagina entre las entrevistadas en relación a sus genitales, su sexualidad y las problemáticas que exponen.

"Lo que yo recuerdo de antes de la candidiasis lo que tiene que ver con la sexualidad es la masturbación (...). Lo que recuerdo antes es mi descubrimiento de mi cuerpo, de mi vulva, de mi vagina, de enterarme de lo que es el cuerpo físico, y lo recuerdo como algo que yo hice y no me sentía en ningún momento mal por eso. Me quedaba súper claro que nadie lo tenía que ver que tenía que ser algo íntimo mío, pero no hubo represión por eso. En ningún momento mi madre me dijo que hay cosas que se pueden hacer o no, yo tenía claro que podía masturbarme en el baño pero no en la cocina, era algo que yo experimenté libremente, allí no recuerdo ningún tipo de infección molestia, dolor ni nada. (...). Pero tenía claro que, por ejemplo, estimulado de cierta manera era muy placentero, y sabía cómo de cierta manera manejar mi menstruación. Entonces yo decía: puedo utilizar toallas y puedo utilizar tampones, y eso no es un drama." (Violeta)

¹³² <http://www.eldiariony.com/vida-estilovinculos/article/20140214/Sexualidad-naomi-wolf-vaigna-nueva-biografia>

¹³³ <http://www.eveensler.org/about-eve/>

Violeta experimentó con cierta libertad su sexualidad, sabía que debía permanecer fuera de la vista de los demás. Sentía además que tenía control sobre su sangre menstrual aprendiendo a utilizar tampones y compresas.

En la narración de Violeta ella cuenta cómo no tenía consciencia de su propio dolor o no lo valoraba suficientemente. Sometiendo su deseo al de otros, aunque le fuera molesto.

“¿Que pasó luego? Me cuesta mucho recordar un momento de mi vida afectiva con varones en que no tuviera molestias, yo creo que no pasó. Claro, si estaba tomando medicamentos, tenía quizá diez días, máximo 15 días en que me sentí mejor, pero no bien, no como me estoy sintiendo ahora, por ejemplo, que estoy la mayoría del tiempo sin ningún tipo de molestia, me siento cómoda y ando tranquila y eso antes no pasó en ningún momento. Es entre comillas sentirse bien. Es fácil imaginar que eso influye en todos los aspectos con el cuerpo, la sexualidad la relación con la pareja, como yo no consideraba que eso podía ser algo importante, entonces yo no pensaba que mi cuerpo era importante y que mi salud era importante y no la cuidaba de ninguna manera y no me esperaba que mi pareja lo hiciera. Si yo tenía dolor o no bueno, daba igual, si yo tenía molestia o no, no importa, si él tenía ganas de follar no había ningún tipo de cuidado en eso.”(Violeta)

Las molestias vaginales en la penetración eran algo habitual en sus relaciones, pero no eran un impedimento a la hora de practicarla. No dar la importancia que nuestro cuerpo, en cuanto a cuidados, requiere, nos hace caer en relaciones de violencia en las que el otro practica lo que la “cultura de la violación”¹³⁴ enseña a los hombres. Nos sometemos a los deseos del otro cuando no sabemos ponernos en valor, a nuestros actos, sentimientos o partes del cuerpo.

¹³⁴ Este concepto fue acuñado por el movimiento feminista norteamericano de los años 70. Williams, Joyce, (2007).

De otro lado, la percepción generalizada de que la práctica sexual ha de ser única y normativa tampoco facilita la libre expresión de la sexualidad compartida. Inclusive cuando es dolorosa y es factor de riesgo para infecciones.

“M2- (...) Como es una cosa que es tan íntima, la gente tiene miedo de hablar, y eso se tiene que quitar, porque es como un tabú, por eso tardamos tanto en ser diagnosticadas, porque es algo tan íntimo que no debes hablar de esos temas, no debes hablar de la regla, pues se ha tenido tan tapado, es un tema tabú. Cómo le vas a decir a tu madre, mamá tengo novio y estoy manteniendo relaciones y me duele. Mmm pues cómo le vas a decir eso a tu madre. Pues no se dice, pues te lo callas () entonces si es... al ser tan tabú, al no decir las cosas.”*

Sobre esta cuestión del tabú que significan los genitales hasta el punto de anular la posibilidad de hablar abiertamente, hace hincapié una de las afectadas por la endometriosis, quien explica el problema añadido que supone para ellas el hecho de que hablar de sus genitales es tabú, porque aumenta el tiempo en que se las diagnostica y con ello alargan el sufrimiento.

Para acabar Irene expresó la satisfacción que había sentido al realizar la entrevista:

“¡Ah! Muy guay, hablar del coño siempre mola, ¡muy bien!” (Irene)

Los aspectos que cabe destacar en este apartado tienen que ver con el desconocimiento del órgano genital femenino por las propias mujeres, el conocimiento colonizado de nuestras vaginas enfocado a la concepción reproductiva de la feminidad, las conexiones entre el cerebro y la vagina y la influencia mutua en los procesos emocionales y cognitivos que el saber recogido de las narrativas de las mujeres ya venía demostrando y que está confirmándose desde los centros de producción científica oficiales, el tabú, invisibilización y represión social que hay en torno a hablar de las vaginas

que tiene como consecuencia el retraso en el diagnóstico de enfermedades como la endometriosis, aunado a la cantidad de mitos y falsas ideas acerca del órgano femenino.

6.2 Violencias y candidiasis.

La violencia de género está infra diagnosticada y frecuentemente se minimizan e invisibilizan los síntomas y consecuencias sobre la salud de las mujeres.¹³⁵ Ninguno de los artículos revisados para este trabajo se refieren a la candidiasis recidivante como consecuencia de la violencia machista.

Tres de las entrevistadas en relación a la cuestión de la candidiasis reportaron haber experimentado situaciones de violencia sexual, psicológica, dentro o fuera de la pareja.

Las mujeres fueron preguntadas por sus relaciones cuando tenían candidiasis. Algunas de las respuestas no eran directas a esa pregunta, pero sí que trataron de narrar de forma cronológica en el caso de Violeta y Alex. Los contextos de vida suelen ser complejos y por tanto pueden influir otros factores, sin embargo, las cuatro reportan algún tipo de violencia patriarcal, en distinto grado.

De esta manera describía Irene la forma de su relación sexual como fuente de violencia, como un contacto corporal que sólo buscaba estar al servicio del otro, que no ayudaba a resolver aspectos de la relación sino a potenciar el sometimiento.

“Malas, muy malas, sí muy malas. O sea, por un lado el, a ver..., he tenido dos relaciones de maltrato, una de ellas muy jodida, eh en ambas el sexo era una parte como muy importante y de una forma, como decirlo, como una moneda de cambio, aunque no sé exactamente qué significa eso, pero, sí un lugar de enganche. No era un lugar donde resolver problemas

¹³⁵ Rohlf, I. y Valls-Llobet, C. (2003).

exactamente. Era una cosa muy fea, muy echa para el otro, era oye valorarme porque follamos bien porque te doy lo que quieres, un poco horror. No recuerdo no disfrutar de mi vida sexual, o sea no lo recuerdo como algo traumático, o sea, jugaba el papel que yo creía que tenía que jugar, hasta que me di cuenta de que follar no era eso. Y luego en lo que implica eso emocionalmente, pues dependencia absoluta, pues dinámicas con un desgaste emocional altísimo, vivir el drama, vivir lo romántico, vivir el estar aprisionada, to eso.” (Irene)

En el relato de Irene vemos aspectos que se repiten en las relaciones de maltrato, el sexo como la base que sustenta la relación, el lugar desde el que se reproducen los roles y las prácticas heteronormativas del amor romántico. *Moneda de cambio o enganche* a través de la cosificación del cuerpo de las mujeres. Ofrecimiento de los cuerpos femeninos y feminizados al placer orientado al deseo masculino de los cánones impuestos. Cumplimiento con los estereotipos fijados embadurnados de la tan proclamada libertad individual de las sociedades liberales. Quedan así, ligadas por la dependencia emocional que se alimenta con la idea de amor tradicional. Envuelto todo esto en un malestar que se manifiesta a través de infecciones, recaídas y una serie de achaques que sin una consciencia y análisis global son difíciles de entender. Irene comprendió que el sexo no era lo que hasta entonces había pensado, que es mucho más que lo que nos enseñan. Marcela Lagarde lo describe “Nacemos sexuadas, con características sexuales específicas, y es a partir de ellas que aprendemos los contenidos de género”.¹³⁶ Comprender que las relaciones sexuales no han de basarse en la dominación y el sometimiento es el primer paso para construir nuevas formas de relacionarnos.

“Yo estaba saliendo con un hombre y el me amenazó con matarme, porque había decidido dejar la relación. Finalmente, me miré y dije mira quizá aquí hay que hacer algo quizá no sabes salir sola de esta relación de esta

¹³⁶ Lagarde, Marcela. (2001).

cárcel, de éste abuso en que estás, entonces pedí ayuda y empecé a salir. (...) ¿Y cómo llegue a pensar que sí era importante? pues cuando pensé que quizá podría morir. Tuve que llegar a un algo que para mí es muy extremo como bueno, si no haces algo, el huevón te mata.

Desde que empecé a salir con hombres y relaciones de maltrato, [mi cuerpo, mi vagina] seguía gritando, pero lo reconocí mucho tiempo después. A muchas personas les decía fijate lo estoy pasando súper mal mira que ese huevón, que yo me siento así o allá, pero finalmente no hacía nada, era como seguir en una situación de alarma permanente en que yo gritaba y gritaba. Las amigas me decían “déjalo, pero entonces, ¿qué es lo que te molesta tanto? pero luego te quedas allí”, era muy contradictorio el asunto” (Violeta)

Otro de los aspectos es la ausencia de recursos para reconocer y atajar la violencia machista. La falta de consciencia y formación feminista complica la puesta en marcha de medidas, y su aplicación, que permitan salir de esas situaciones, así el escaso apoyo social e institucional¹³⁷ que se ofrece a las mujeres víctimas del terrorismo machista demuestra el profundo calado de la estructura patriarcal.¹³⁸

“(...) y por otra parte está el hecho de que a partir de determinado momento de mi vida yo empecé a tener serias dudas de si no había sido víctima de abusos sexuales infantiles. Eso antes mmm no estaba en mi vida, o sea fue algo que... yo recordaba un episodio pero me había inventado un final distinto en el que yo salía triunfante y victoriosa, y eso cambió a partir de los veinte años y me di cuenta que no... que lo que yo creía que había sido el final de esa historia era imposible, físicamente imposible que fuera así, entonces eso no cambió mi forma de relacionarme

¹³⁷ Sobre la victimización y el desamparo que se produce en las instituciones jurídicas del Estado el vídeo realizado por Las Tejedoras. (1 noviembre 2014). *La Última Gota*. Acceso online: <https://vimeo.com/110662425> acceso realizado el día 15 de septiembre de 2015.

¹³⁸ Jónasdóttir utiliza el concepto de patriarcado o dominación masculina indistintamente para designar un sistema de poder social y político. En el que el sexo/género comprenden la base material para configurar la historia y la sociedad. En Jónasdóttir, A. G. (1993), p. 32.

sexualmente con los hombres, pero probablemente, sí que en cierto modo cambiase mi relación con mi cuerpo. Y entonces además, pienso que además esté relacionado con lo del sobrepeso y el sobrepeso que en cierto modo es por una parte una forma de defensa y por otra una forma de agresión. De agresión o de... no sé cómo decirlo, de hacer que la demás gente te agreda. O sea no es que te agredas tú, por engordar, pero lo mismo que estás utilizando para defenderte de los demás, te estás convirtiendo en alguien que desde el punto de vista heteronormativo hace que es menos deseable” (Alex)

Como en la novela de Fernanda García en la que la protagonista afirma que *“Mi cuerpo es mi discurso. Espero que alguien me entienda”*¹³⁹ Alex transmite, a través de su cuerpo, un mensaje a una sociedad que rechaza y castiga los cuerpos con sobrepeso, como mecanismo de defensa ante las violencias recibidas desde pequeña.

En el siguiente fragmento la narración de Silvia ejemplifica la progresión que experimentó respecto a dar a conocer que padecía candidiasis, en un principio haciéndose cargo sola por decisión propia o porque no recibía apoyo y comprensión por parte de su pareja.

“La primera persona con la que sí llegué a hablar del tema fue con la que después tuve una relación más tarde. Con los primeros intentaba tratar el problema tapándolo, voy a intentar arreglarlo yo y ya está y luego cuando se fue de las manos. Cuando los tratamientos no funcionaban, porque no estaban bien aplicados, porque no eran bastante largas, por abuso de antibióticos por otras enfermedades, ahí es cuando le dije a mi pareja esto es lo que tengo, tienes que tomar esa medicación tienes que ayudarme. Y a veces era desesperante porque no había mucho apoyo, porque me decía es tu problema, no lo entendía, no había mucho apoyo, era una cosa tuya y tenías que apañarte tú.” (Silvia)

¹³⁹ García Lao, F. (2005), p.20.

Un aspecto de la violencia de género que no se suele considerar es el maltrato por omisión. No responsabilizarse y no prestar apoyo al cuidado de la pareja es una forma frecuente de violencia. En el cumplimiento de los roles de género patriarcales son los hombres quienes quedan fuera del ámbito de los cuidados. Ni saben, ni quieren saber. Una escasa o nula preocupación por el estado de salud de la pareja agrava la percepción de malestar y dificulta la recuperación. Bien porque contribuye al estado de ánimo bajo de las mujeres, bien porque no se siguen los tratamientos.

Tal y como muestran las cuatro entrevistadas la candidiasis se producía en el contexto de relaciones de alta violencia psicológica e incluso física, de gran sufrimiento personal, así como de dificultades en establecer los límites del abuso en la relación. Aunque establecer el vínculo directo sobre los efectos de esta violencia en la salud de las mujeres es aventurado, estos indicios apuntan a que no puede ser casual que casi todas reconozcan casos de maltrato.¹⁴⁰

En estas historias de vivir con candidiasis en relaciones de malos tratos nos interesa destacar el salto cualitativo que aluden respecto a su sexualidad, al comprenderla como una expresión exenta de sometimiento en relación con otras personas. Otro aspecto alarmante es el de las limitaciones que existen para poder salir de situaciones de maltrato, por falta de herramientas o apoyo social e institucional. Por último, sobre la relación cambiante y en ocasiones, condicionada, por las experiencias de sufrimiento, entre nosotras y nuestros cuerpos y nuestras vaginas como órganos que forman parte de un todo pero con las que establecemos relaciones específicas.

6.2.1 Violencias en el contexto biomédico de la clínica.

Carme Valls-Llobet (2009) ha mostrado y denunciado cuatro formas frecuentes de ejercer la violencia en el acto médico, equiparables a la violencia machista que pueda darse en relaciones abusivas de pareja. En

¹⁴⁰ Según la ONU una de cada tres mujeres ha sufrido alguna forma de violencia física o psicológica <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/end-violence-against-women>

primer lugar, la limitación de la comunicación, esto ocurre cuando desde las y los profesionales se minimiza o se pone en entredicho las quejas y síntomas que expresan las pacientes, al dudar de la propia capacidad de percepción e interpretación de su cuerpo, y al utilizar un lenguaje demasiado técnico o, simplemente, mirando más la pantalla del ordenador que a la persona. En segundo lugar, la autora se refiere a la forma en la que se establecen relaciones de superioridad e inferioridad durante todo el proceso médico y a través de muy diversos procesos y mecanismos de relacionarse. El tercer elemento de esa lógica violenta que señala es el aislamiento del exterior, por el que la mujer no puede tomar decisiones autónomas, que da lugar a un control directo sobre las pacientes, entre estas puede ser la descalificación hacia otros profesionales en los que la persona confía o negar pruebas o análisis que solicite porque no entren en el protocolo, esto forma parte también de la desvalorización de los síntomas que narra la persona. En cuarto lugar, en la relación médica no es infrecuente reducir a la persona a enferma, pasando de tener una enfermedad a ser ella misma una enferma.¹⁴¹

Silvia ha visitado muchas consultas médicas bien en la sanidad pública como en la privada y una clínica a la que llegó a través de la Asociación Española de Candidiasis¹⁴². Sus experiencias son muchas y variadas en el tiempo. Respecto a mis preguntas acerca del trato recibido o cómo se sentía cuando iba a las consultas, algunos detalles no sólo ejemplifican los paralelismos que señala Valls sino la falta de sensibilidad con la persona que acude a la consulta, su pudor o sus problemas de expresión de sus relaciones íntimas, y los juicios morales implícitos:

“A ver tengo pavor, pavor no, me he criado en una familia en la que el cuerpo es algo súper privado. El pudor, la primera visita a la ginecóloga que fue para hacerme una inspección, (...)lo recuerdo como la cosa más

¹⁴¹ Valls-Llobet, C. (2009), p. 193.

¹⁴² <http://www.candidiasiscronica.info/inicio.aspx>

violenta del mundo, el entrar en la consulta con quince años y que una señora de sesenta te levantara la camiseta, te sobase las tetas, bueno para mí aquello fue un shock absoluto, no te lo puedes ni imaginar, me sigue dado muchísimo palo(...) esto me ha pasado en Valencia de ir a la ginecóloga, contarle la situación, sacar el valor, para contar, me pasa esto desde hace mucho tiempo. Y que me diga pues no sé, el problema puede ser tuyo, tus prácticas sexuales... llevo muchos años tratando de controlar esto, mis prácticas sexuales son muy normales o sea no me meta usted en no, ¿sabes?... cosas como que te suelten a la cara: "el sexo anal no lo puedes practicar primero por detrás y luego por delante" como no te lo dicen de una forma natural que te puedas sentir cómoda, es como: "éstos jóvenes depravados que hacen cosas" Te meten en un saco ahí, y no mola nada. Es como, no me conoce usted de nada, no sé." (Silvia)

Silvia cuenta, entre sus experiencias, cómo se ha sentido violentada por parte del personal médico física y verbalmente. A través de tocamientos bruscos y haciéndola sentir juzgada por la ginecóloga al cuestionar sus posibles prácticas sexuales, de las cuales la doctora no tenía ningún conocimiento. El hecho de que esas prácticas pudieran no entrar dentro de lo que se acepta socialmente como heteronorma es aquí motivo de juicio por parte de quien ostenta autoridad en una situación de vulnerabilidad y desigualdad. Otro aspecto, muy relevante en este caso, es que la doctora, insinuase la falta de higiene y cuidado en sus prácticas, así la hace culpable de sus síntomas y cerró la posibilidad a seguir investigando las causas de su malestar y los vínculos con la violencia de pareja.

Irene habla en relación a los juicios de valor y las faltas de respeto por parte del personal médico. También explica de qué manera pone en práctica formas de resistencia ante el lugar de desigualdad en que nos coloca la relación en la clínica.

"No a ver, más allá si yo recuerdo una ocasión en la que las médicas se pusieron a hablar entre ellas conmigo delante mientras cuchicheaban

entre ellas y me miraban, y era como, ¿Qué coño hacéis? Y salí enfadada porque me resultó ridículo. Y ni siquiera me habían hecho una exploración y era mirando los resultados de las pruebas y cuchicheando entre ellas, eso fue lo más.

Luego también es cierto que yo eludo mucho ese típico interrogatorio de háblame de tu vida para que te pueda juzgar y así poder pensar peor sobre ti, según lo que me respondas, yo eso lo esquivo un montón, me hago la longui. Si creo que tengo que responder como ellas quieren que responda, si creo que es algo relevante, pues respondo, pero si creo que no (...)" (Irene)

Aquí vemos cómo, ante la actitud por parte de algunas profesionales, adopta posturas que no la dañen, siendo consciente del lugar en que nos colocan desde las instituciones de salud y el margen que tenemos de decisión/acción frente a ellas. En su respuesta desarrolla unas prácticas de resistencia a la vigilancia médica y moral en la situación vulnerable de la clínica.

A continuación traigo otro fragmento porque me resulta significativo del trato recibido y la puesta en cuestión de las decisiones de Silvia sobre su salud, por parte de su madre y de un médico. Por aquel entonces, Silvia estaba siguiendo el tratamiento, que incluía una dieta específica, prescrita en una de las clínicas que encontró a través de la web de la Asociación Española de Candidiasis.¹⁴³ Son clínicas y profesionales recomendados por las personas que las refirieron en el foro de la asociación.

“Por la pérdida de peso mi madre se preocupó muchísimo me llevó a un médico que aparte de ver la dieta como algo absurdo, sin ningún tipo de análisis previo a base de hacerme dos preguntas su respuesta a su diagnóstico fue o tienes anorexia o tienes SIDA. Entonces claro, vas con tu madre a un médico que le han recomendado a ella, porque tampoco se fiaba de las decisiones que estaba tomando sobre mi misma, sobre qué médicos quería visitar o qué cosas quería hacer, el desconocimiento sobre

¹⁴³ <http://www.candidiasiscronica.info/Default.aspx?pageid=6>

mi propia vida, (...) las pruebas de SIDA y venéreas salen negativas y obviamente sabes que no eres anoréxica, por el amor de dios. Si es que me gusta comer. El hombre ese me vio muy delgada. Como también me han visto más delgada ginecólogas y a través de análisis de sangre han diagnosticado que no como. Que son cosas que bueno que igual deberían preguntarlas(...).” (Silvia)

En este fragmento Silvia nos cuenta cómo un médico, al que su madre la lleva por falta de confianza en las decisiones que ella toma sobre su salud, la sentencia con padecer dos enfermedades que pueden comprometer seriamente su salud, sin antes haber realizado análisis alguno. De nuevo, la puesta en duda, el juicio moral y la falta de escucha de lo que Silvia tiene que decir sobre su cuerpo impiden que afloren otro tipo de problemas como la violencia que padecía. Son testimonios de la infantilización de las mujeres y el cuestionamiento de nuestras decisiones.

Silvia fue preguntada directamente sobre si tenía consciencia de que tanto su madre como el médico ponían en duda el relato de sus síntomas y lo que ella percibía que ocurría en su cuerpo.

“Claro. Porque vamos, ¿de verdad me estás diciendo esto? ¿Qué como poco no? Pues algo estará mal o algo estará bien, mi cuerpo elimina colesterol. Pero claro que me hacen dudar, porque yo sé que no tengo esto.(...)” (Sara)

Los testimonios de las mujeres que entrevisté en la mesa informativa que la Asociación de Afectadas por la Endometriosis Crónica instaló en el Hospital Vega Baja¹⁴⁴ son especialmente reveladores del maltrato recibido por parte del personal del hospital. La lucha contra ese maltrato es una de las reivindicaciones de la asociación.

M1-“Fatal, yo cuando era pequeña, cuando era más jovencita, mi madre me llevó al ginecólogo por mi primera pareja, pues para que me pusieran

¹⁴⁴ <http://www.vegabajadigital.com/cultura-y-sociedad/8514-adaec-da-a-conocer-en-la-vega-baja-la-enfermedad-del-silencio>

un anticonceptivo y tal. Y yo empezaba a decirle al ginecólogo que me dolía la regla y me acuerdo una de las veces que me dolía a rabiar y me tuvieron que pinchar, y cuando se lo conté al ginecólogo me dijo: “es que las mujeres de ahora no aguantáis nada” y me echó la bronca, y encima me sentí mal porque dices, no sé....no tenía que haber,..... a lo mejor no me dolía tanto, que si soy una exagerada...”

En el caso de las enfermas de endometriosis, una enfermedad desconocida y que por ahora no tiene tratamiento, la credibilidad ante los relatos de sufrimiento de las pacientes y la ausencia de tacto a la hora de tratarlas son factores que agravan el malestar de las afectadas.

También puede leerse como violencia la imposición de determinado modelo normativo de feminidad en el que “mujer” parece que equivale a “madre”. Un aspecto que se manifiesta en la constante insistencia por parte de profesionales médicos sobre la maternidad de las afectadas.

M2-“Incluso a mí me pasó, la última con 23 años o pasó, bueno a mí me operaron con 18, bueno llegar y decirte: “¿tú quieres tener hijos? Sí. Pues, a los 25 mejor que a los 26, si no, ya sabes lo que te espera, venir a mi clínica a fecundación”... Eso también te hace sentir culpable, el hecho de no poder tener hijos ya, porque luego... pero que te estén machacando de esa manera...pues si no puedo tener hijos ahora, pues no los puedo tener, y luego tener que ir hacia una fecundación in vitro, pues mira...pero que no te hagan sentir culpable, de que ahora que es cuando más fértil vas a estar, luego no te quejes si vas a tener una fecundación in vitro. O vas a tener problemas a la hora de tener hijos, eso no sienta bien, que te lo digan con 23 años, en plan, ¿y qué quieres que haga yo? Si no tengo...o sea, ¿con qué mantengo a mi hijo?, ¿lo tengo por tener?”

E- Y mujeres que conocéis también han sentido esa presión, que tienes que ser madre ya, y...

M1- Si, a todas nos ha pasado igual, te dicen que ahora o nunca, porque pasan los años...

M1- Eres menos fértil. Todos los ginecólogos te meten presión, que si decides ser madre tiene que ser ya, es que si tienes que ser madre tienes que ser madre ya...yo no puedo ser madre ya, estoy estudiando...yo es que económicamente no puedo ser madre ya, o sea..."

Las presiones que reciben estas mujeres para que sean madres a edades en las que ellas no se sienten preparadas o quizá ni se lo habían planteado, supone una vulneración del derecho de las mujeres a la elección libre de la maternidad. Un claro ejemplo de cómo, desde la biomedicina, se equipara el cuerpo de la mujer a reproductora-contenedora de vida, el binomio mujer-madre está bien instalado en la consciencia androcéntrica de los y las profesionales de la medicina y transmitido en el trato en la clínica.

En la relación médico-paciente, solemos recibir respuestas culpabilizadoras por parte de las personas profesionales cuando acudimos para aliviar los síntomas de la candidiasis. Es frecuente la insistencia en algo que no estamos haciendo bien, como veíamos en el relato de Silvia sobre sus supuestas prácticas sexuales o como narra a continuación Alex:

"Pues es que no sé si es una idea que salió de mi (...) es algo que vives así como mira pues me ha tocao, porque aparte vas a un ginecólogo y no te hace ni puto caso, como si fuese un cura y ya vamos resignación cristiana y hala nena. Toma métete esos óvulos por ahí y ya y no..." (Alex)

Alex cuenta su sensación de sentirse ignorada por el médico y el determinismo con el que le diagnostica la enfermedad. A diferencia del enfoque médico que es frecuente en otras enfermedades, y dirigido a modificar ciertos hábitos, en la candidiasis algunos médicos parecen percibirla como si no se pudiera hacer mucho más y solo quedase resignarse a vivir con esas molestias y acomodarse.

“Sí, sí, que a unas les tocaba y a otras no, eso me lo dijo un imbécil ginecólogo que creo que fue el primero al que fui que me llevó mi madre y que bah, un tontolava, y ese fue el que me dijo bueno, eso. Por lo menos no me dijo que era una enfermedad de transmisión sexual, me dijo que bueno por la configuración de los genitales externos femeninos había mujeres que tenían el perineo más ancho, es decir más distancia entre el ano y la vulva y otra más estrecho y que entonces era más fácil la infección porque, las candidas eran en realidad era una auto-infección. Y que probablemente me limpiaba mal, todo culpa mía, que probablemente me limpiaría mal. Eso también me lo dijo.”(Alex)

Como en el testimonio de Silvia, en el fragmento de Alex, vuelve a aparecer la cuestión de que algo estará haciendo mal y apuntan a la higiene como factor causal de la candidiasis recidivante¹⁴⁵. Además de que achacarlo a la fisionomía propiamente femenina acentúa la responsabilidad individual, en esta explicación subyace una inferiorización, como si fuéramos imperfectas desde el punto de vista biológico, y más vulnerables a contraer todo tipo de enfermedades porque estamos *mal hechas*. Es, por tanto, una manera de inferiorizar la diferencia sexual, sin ningún tipo de evidencia científica o investigación realizada sin sesgo de género. Son prejuicios aplicados desde una posición de poder, como es la del profesional de la Ginecología en esta ocasión, y que abocan a la resignación y a paralizar la búsqueda de soluciones para el malestar.

Se produce así una cosificación del problema que pasa el “estar enferma” a “ser enferma” cuando la enfermedad se cronifica.

Violeta había sido diagnosticada de epilepsia y de ahí derivaban las ideas sobre el padecimiento de una enfermedad genética. Sin embargo acercándose al feminismo empezó a interpretar de otra manera lo que le ocurría.

¹⁴⁵ Patel, D. A.; Gillespie, B.; Sobel, J. D.; Leaman, D.; Nyirjesy, P.; Weitz, V. M.; Foxman, B. (2004).

“Pues yo creo, lo que estuve percibiendo, en el contexto médico en general, sí. Por la experiencia de la epilepsia sí. Yo estuve hablando con neurólogos y en el contexto de la patología del cerebro, o algo así, y allí sí, siempre me dieron mensajes del tipo que tú estás enferma y que eso no va a sanar nunca. A nivel de candidiasis ginecológica, bueno no tan explícito pero algo parecido finalmente. El tema era bueno..., hay un algo... yo te doy un medicamento. No había un acercamiento más holístico, más general, más personalizado, de comunicación, de poner en relación varias partes del cuerpo. O sea, el tratamiento era del síntoma y puntual pero no lo ponía en contexto. Entonces eso podía aseverar mis dudas, mis miedos (...)”
(Violeta)

La automedicación y autodiagnóstico es otro aspecto que aparece en las narrativas de candidiasis que interpreto ligado a la falta de confianza en las personas especialistas. Es decir, ante la falta de información y la confianza en la relación médico-paciente algunas de las entrevistadas recurrían a automedicarse cada vez que sentían los síntomas.

“Y evitar siempre si puedo la medicalización, sobre todo cuando empecé a ver que cada médica te mandaba una cosa diferente y jugaban un poco a conejillo de indias aunque tú les hubieses dicho: mira, yo he probado esto o lo otro e incluso preguntarle directamente. Algo que sirva para la higiene. En lugar de estar tomar esto, algo que no sea tan invasivo como unos óvulos que ayude prevenir, y te dicen bueno si quieres utilizar un jabón íntimo... y tú dices no si ya... ¿En serio no me puedes decir nada más? Nah... Así que con esa experiencia intentaba evitar a no ser que me viese muy mal muy mal, que llevase dos semanas muy mal tiraba de óvulos pero si veo que con higiene y con poco más puedo ir tirando...” (Irene)

Existe una brecha entre pacientes y profesionales en cuanto a formas alternativas o variadas de abordar la candidiasis crónica, por la escasez de respuestas y aportaciones recibidas para paliar los síntomas, una adecuada higiene o el desconocimiento de la copa menstrual, según la experiencia de

Silvia y la mía propia en este último aspecto. Como veremos en los capítulos siguientes, algunas maneras alternativas de sobrellevar la infección se aprenden por transmisión de conocimientos entre mujeres al confiarse mutuamente esta problemática.

En este capítulo las distintas formas de maltrato recibidas en la institución biomédica que hemos expuesto son: falta de tacto y sensibilidad por parte del personal médico en el trato a las pacientes, la expresión de juicios morales y puesta en cuestión de prácticas sexuales e higiene, culpabilización de las pacientes sobre su enfermedad, la puesta en duda de las experiencias y percepciones de las afectadas, la resignación con la que tratan desde la práctica médica la candidiasis y la falta de soluciones paliativas; la cosificación e inferiorización del cuerpo femenino sustentada en prejuicios androcéntricos y la falta de confianza de las participantes, en la institución médica y los profesionales como consecuencia de estas experiencias negativas que lleva a veces a automedicarse,.

6.3 Habilidades y saberes adquiridos a raíz de vivir con candidiasis recidivante.

Dentro de las habilidades, aptitudes y conocimientos que las entrevistadas declararon haber adquirido por sufrir los síntomas derivados de la candidiasis, destacan: el aprender a cuidarse, los saberes aprendidos a raíz de la puesta en común del problema con otras mujeres, control y detección precoz de la infección, evitar la medicalización, el uso del preservativo y la búsqueda de terapias alternativas. Si bien de la primera de las habilidades referidas pueden derivarse casi todas las demás, que son formas de cuidado distintas, no quería dejar de traerlas por las implicaciones políticas que pueden tener.

A continuación me detendré en los aspectos que considero más

representativos de la toma de decisiones y el desarrollo de su propia agencia por parte de estas mujeres, a lo largo del proceso vital de padecer la candidiasis.

Sobre el concepto de agencia Teresa Del Valle introduce la concepción ligada al movimiento feminista en su labor de recuperación del olvido, de puesta en común del conocimiento y activación de los mecanismos para visibilizar y recuperar la memoria. En este trabajo desarrollamos este interés por recoger las historias y experiencias invisibilizadas de las mujeres que entrevisté y el interés por difundir el conocimiento que aportan además de recoger el empoderamiento que supuso para las participantes la puesta en común de sus preocupaciones acerca de la candidiasis.¹⁴⁶

6.3.1 Aprender a cuidar de una misma.

Durante las entrevistas, introduje cuestiones que hicieran a las entrevistadas adoptar actitudes activas, evitando que cayeran en el victimismo pasivo y resignado de sentirse enfermas. Planteé a las entrevistadas que reflexionaran, si es que no lo habían hecho, acerca de qué destrezas habían adquirido en el tiempo en que las manifestaciones del hongo les causaban malestar. Considerando que de cada experiencia, aunque esta sea desagradable, podemos extraer algo valioso y reconociendo los recursos que podemos ser capaces de poner en práctica para enfrentar el problema. Como el marco de la subalternidad de saberes¹⁴⁷ en la vida cotidiana propone, es necesario recuperar en nuestras investigaciones los procesos de autonomía y agencia. La historiadora Miren Lloná sugiere que en los procesos de investigación de la historia oral es necesaria esta recuperación “con el objetivo de calibrar el margen de maniobra individual y colectiva en la asimilación, contestación o reproducción de las propias

¹⁴⁶Del Valle, T. (2 febrero, 2014) Etnografías de la memoria. Seminario impartido en el Instituto Universitario de Estudios de las Mujeres y de Género, Granada.

¹⁴⁷ Medina Doménech, R. M. (2005). pp. 85-86

condiciones de dominación”¹⁴⁸. Esta perspectiva se contempla como parte de la investigación cultural, en este sentido, nos explica Miren Llona, la historia oral se distingue como una vía privilegiada que da acceso a las interpretaciones que hacen las mujeres, en el caso que nos ocupa, de sus propias acciones, cuerpos y vidas.¹⁴⁹ Asimismo, siguiendo con esta autora, para la historia oral supone un ámbito de exploración la manera en que los cuerpos interactúan con el contexto, también para los feminismos y estudios subalternos. El recurso o la fuente de la que manan estos saberes es el “contenido emocional del recuerdo”¹⁵⁰ como un aporte sustancial de las narraciones.

Este fragmento forma parte una de las reflexiones de Violeta acerca de las relaciones que tuvo con hombres desde su adolescencia y como empezó a tomar consciencia de la necesidad de cuidarse.

“Leer y acercarse finalmente a experiencias parecidas o cercanas y darse cuenta de que, primero, no eres la única y, tampoco, no es verdad que no hay solución. Lo que había llegado a pensar después de todo el maltrato “originario” a los 16 cuando todo eso empezó yo me había convencido de que estaba enferma como... genéticamente, yo tenía algo mal. Como que estaba loca o cosas así, o que iba buscando líos, que me iba metiendo en situaciones espantosas que me ponía en riesgo, como uno que tenía yo desde siempre. Entonces asumiendo eso, como que no había solución. Mientras el hecho de hablar con la psicóloga (...), leyendo este libro y conociendo de a poco, hablando con otras mujeres yo empecé, digamos, a hilar un poco las varias cosas y darle otro tipo de sentido y abrir espacios de esperanza.”

Nos habla de hechos que cambiaron su percepción de lo que debía ser el cuidado de sí misma. Ponerse en relación con otras mujeres, el trabajo personal y la literatura feminista como elementos que la ayudaron a

¹⁴⁸ Llona, M. (2012), p. 41.

¹⁴⁹ Íbid. p. 41

¹⁵⁰ Íbid. p. 41

comenzar una nueva manera de relacionarse consigo y con el mundo. Le devolvieron la confianza en que la vida puede ser de otra manera, sin violencias y sin sufrimientos.

Considero la manera en que Violeta narra su experiencia ejemplo de la progresión en la manera de concebir la relación con su vagina y con la infección.

“Yo creo que lo que trataba de hacer al comienzo era eliminarla, entonces, porque no sabía lo que era, no tenía idea, porque me hacía mal, porque me sentía incómoda, porque manchaba las bragas, cualquier cosa. Ahora yo creo que lo que es para mí, ahora mismo, es como una alerta, o sea, me permite, me ayuda a equilibrar mi alimentación, mi relación entre tiempo de descanso y tiempo de actividad. Mi energía del cuerpo. Mi menstruación. Es como, en italiano spia, es como cuando el coche te avisa de que no queda bezina, algo que se enciende cuando está pasando algo. Yo igual si estoy en un momento de particular estrés, lo primero que me pueden pasar son dos cosas, en líneas generales, me puede doler el estómago o puedo tener síntomas de candidiasis. Y eso, de cierta manera, yo creo de estar viviendo ahora mismo, pero no sé, es mi percepción, de estar viviendo ahora mismo en una relación pacífica con la candidiasis. Mientras, antes, si hubiese tenido que hacerte una metáfora, era más cercana a la guerra. Como para ganar yo. Contra la candidiasis.

*- ¿Sin embargo ahora sería más como esa alarma que se enciende?
(Entrevistadora)*

Sí, y que yo agradezco, porque me permite estar conectada y escucharme, tratar de no sobrepasar ciertos límites.” (Violeta)

La importancia que supone aprender a reconocer los mensajes que el cuerpo nos envía cuando algo no está yendo bien produce diferencias significativas en nuestro bienestar. La cuestión del cuidado, como tarea reproductiva, está infravalorada en nuestras sociedades. Sin embargo distinto es cuidarse a

una misma, porque supone disponer y hacer el ejercicio de contar con el tiempo, el espacio y los recursos materiales para llevarlo a cabo. La disposición de las mujeres hacia el cuidado de quienes las rodean, y que la norma impone, se produce con frecuencia a costa, por lo general, de no disponer de los medios para el propio. El cuidado de una misma tiene que ver con lo propio, con un instinto de supervivencia que toda especie animal posee. El hecho de que bajo el sistema patriarcal dejemos de atender a esas señales de nuestro cuerpo tiene que ver con una indefensión aprehendida. Como bien resume la psicoanalista y contadora de cuentos Clarissa Pínkola, “Mientras se obligue a una mujer a creer que está desvalida y/o se la adiestre a no percibir conscientemente lo que ella sabe que es cierto, las dotes y los impulsos femeninos de su psique seguirán siendo exterminados”¹⁵¹.

La destrucción del modelo arquetípico de La Mujer Salvaje, en los términos en que describe la psicoanalista y contadora de cuentos Clarissa Pínkola, es uno de los logros del sistema patriarcal para anular nuestros instintos de revelarnos ante los depredadores y conservar nuestra integridad moral y física. El hecho de estar desconectadas de nuestro instinto de protección, de nuestros deseos, anhelos y/o sentimientos, supone dejarnos arrastrar por situaciones que nos dañan y crean lo que Miren Llona llama *huellas emocionales* que son la materialización de la experiencia en nuestro cuerpo. En este caso que nos ocupa, esas huellas nos hacen enfermar. Pero también, pueden ser la llave para aprender a sanar, paradójicamente. La enfermedad puede obligarnos a detenernos y a mirarnos, aunque solo sea porque la situación se percibe insostenible.

El siguiente testimonio de Irene ejemplifica este aspecto:

“Sí, más por defecto, es decir, más por lo que he aprendido después al no tenerla o a tenerla muy controlada en el momento en que aparece un

¹⁵¹ Pinkola Estés, Clarissa. (2001), p. 44.

mínimo picor, ya te digo, saltan las alarmas y pongo más atención en esto, cuídate más en esto, ese tipo de cosas. Pero, sí, he aprendido más bien a que no puedo estar viviendo de espaldas a mi cuerpo. Que yo no puedo estar con el coño ardiendo literalmente 4 o 6 veces al año cada dos meses y estar obviándolo (...), pues del mismo modo no darme la espalda cuando mi cuerpo, además en una zona muy importante, me está diciendo oye, mírame a ver (...)

(...) hace muchísimo, mi vida emocional ha sido muy convulsa. Como te he dicho, es normal que en estas épocas se manifestase más y por ser momentos donde tenía relaciones sexo-afectivas de mierda (...)”

Aquí podemos observar la relación tan directa que Irene establece entre la manifestación del hongo y unas malas relaciones sexo-afectivas como causantes de su malestar. En esta ocasión, como en el caso de la anterior entrevistada se repite el patrón que de alguna manera obliga a las mujeres a escucharse, como esa “alarma” de la que nos hablaba Violeta. La vagina en esta ocasión se sitúa en el centro del malestar, que hace las veces de altavoz frente al sometimiento. Los saberes y percepciones de Violeta, Irene y Alex sirven de base para una de las conclusiones de este trabajo, contribuyen a sustentar la correlación violencia y candidiasis.

6.3.2 La transmisión de saberes entre mujeres

Una de las cuestiones que me han parecido importantes de reseñar es la transmisión de saberes que tiene lugar entre mujeres, y cuya práctica podemos poner en valor a través de este trabajo. Se trata de unos conocimientos que suelen estar al margen de la práctica biomédica más ortodoxa o que no acepta otras posibles soluciones o paliativos que no estén lo suficientemente demostrados científicamente.

“(...) esa información la sacaba de mujeres a mi alrededor. (...)Pues de amigas, de madres de amigas, es que hay muchísimas mujeres con

cándidas y cuando lo mencionas la primera vez porque también hay mucho pudor o había porque ten en cuenta que te estoy hablando de los últimos ochenta primeros noventa. Pero cuando salía el tema de los hongos te dabas cuenta de que las que no tenían o no habían tenido nunca eran como las privilegiadas, pero las que habían tenido cándidas alguna vez no había sido una vez aislada, habían tenido desde esa primera vez en adelante.

Alex nos habla de la cantidad de mujeres que tenían y tienen cándidas, del tabú o la vergüenza que hay alrededor del tema.

*(...)Sí, información sobre lo que funcionaba o no funcionaba, pero para calmarte síntomas en realidad, la infección podía remitir, no tener ahí...
(...) placas de cándidas esas que cuando llegan a ser bestias se te llevan la piel por delante y es lo malo. Eh... pero la verdad es que poco más. Y la primera vez que me puse Canestén no recuerdo si me lo recetó un médico. Yo creo que se lo debí consultar a una matrona feminista de aquí de Alicante que era amiga de mi madre, que es como si fuera mi tía, y era a la que normalmente le iba con todos los marrones.” (A.)*

Madres, madres de amigas, amigas, tías... de otras mujeres adquiría conocimientos que aunque no fueran útiles para acabar con la infección sí paliaban los síntomas contribuyendo al bienestar y la mejora de sus condiciones. V. lo expresa, como veremos a continuación, lo aprendido de otras mujeres de su entorno y la progresión que ha tenido en el tiempo por la toma de consciencia feminista:

“Por ejemplo una mujer que se llama Yovanna, una amiga mía muy cercana, tiene la edad de mi mamá y nos conocimos bailando, en un contexto de música popular tradicional, siempre en Italia. Empezando a hablar de ciertas cosas yo le contaba y descubrí que ella se definía un poco bruja, me empezó a hablar de las hierbas, desde sí misma. Me contó que ella, escuchando el ritmo de su cuerpo, que necesitaba... no sé, descansar, que necesitaba cierto tipo de alimento...”

Yo tenía un jabón que me había aconsejado la mamá de mi hermana, porque ella también tenía problemas de este tipo. Y esto tiene aceite esencial de Tea tree que creo que se diga en castellano árbol de té. Entonces yo, hablando con Yovanna, ella me decía este aceite tú lo puedes usar en los momentos de crisis, en que sientes que está más inflamado, no lo uses todo el rato. Tu cuerpo tiene procesos de sanación propios. Tienes que respetarlo, saber escucharlo, cuando sientes que el síntoma es más fuerte tú lo puedes aliviar, no lo vas a solucionar, pero con eso te puedes sentir más fresca, es como si sientes que alarga la sensación de la limpieza. Entonces allí yo compré tarritos de aceite y lo voy llevando alrededor del mundo(...)"

De esta manera alegre, Violeta narra su experiencia de conocer a otras mujeres y conocer maneras de cuidarse a una misma. También aparece el uso de remedios paliativos que, como en el caso de Alex, mejoran los síntomas.

" (...) yo empecé a descubrir cosas y a investigar, y a sentirme mejor y el acercamiento a otras mujeres fue directamente desde el feminismo. Al acercarme al feminismo como a mujeres que se declaraban feministas, fue algo bastante reciente. Como hace seis siete años atrás. Como a los 25. Allí me di cuenta que desde siempre las mujeres habían hablado de sus cuerpos pero yo no lo sabía, fue un descubrimiento, porque yo ya estaba en cierto tipo de proceso, como hacia sanar.

*¿Tú crees que el feminismo te abrió una puerta, a acercarte a otras mujeres, a empezar a preocuparte por tu cuidado o por tu cuerpo?
(Entrevistadora)*

Esto que estás diciendo de acercarme a otras mujeres y cuidarme (...). Y lo estoy haciendo ahora. A nivel teórico lo empecé a hacer antes, con mi acercamiento al movimiento feminista, otras mujeres feministas en Italia, por ejemplo, se me abrió la posibilidad de compartir con otras mujeres experiencias parecidas, por ejemplo experiencias de violencia, abuso o

simplemente experiencias de descubrimiento (...) mientras que en los años siguientes, (...) para mí el tema de encontrarme con otras mujeres feministas de mi edad, eso fue increíble. (...) Había compartido con mujeres una o dos generaciones antes que yo. Mi experiencia está conectada con mujeres desde los 50 para arriba y yo tenía 25. Lo cual fue muy enriquecedor. Sin embargo, los argumentos eh... de conversación estaban más relacionados con sus necesidades, era más frecuente hablar de menopausia que de sexualidad no sé, lésbica, por ejemplo. Porque también era un grupo de mujeres casi todas heterosexuales. Y eso era importante, todas blancas, como que todas eran de extracción popular. Los factores inciden.” (Violeta)

En la importancia de la trasmisión de saberes entre mujeres, coincide también la respuesta, de las mujeres afectadas por la endometriosis:

“M1- Alivio, sobretodo mucho alivio. Saber que no estás loca. Básicamente.”

“M2- Yo dentro de lo que cabe, me doy por privilegiada, porque veo que a lo mejor no tengo tanto como otras compañeras, y por una parte, muchas veces leía cosas y me afectaban, que al final prefería dejar de leer las cosas, porque me afectaban psicológicamente. Porque decía: esto me puede llegar a pasar, pero luego ves que realmente, cuanta más información tienes, cuanto más segura estás, si ante la más mínima duda vas, preguntas, puedes responder. Ahora mismo hay parejas que están haciendo fecundaciones, pues solamente el hecho de que esas personas pasan lo mismo que tú, te dan su opinión, todo eso te ayuda psicológicamente a decir: lo que tengo no lo tengo yo sola, hay más gente. Y como todos los problemas que puedo llegar a tener....quieras o no, eso también te ayuda mucho, el apoyo que tenemos más psicológico. Creo que están haciendo un trabajo psicológico muy bueno; el ponernos en contacto, y el saber, no estoy yo sola, no estoy, no soy la única.....ayuda mucho.”

Destacan el alivio que sienten al saber que no son las únicas que lo padecen, que les da cierta credibilidad ante los demás por “saber que no estás loca”. Porque el descrédito de sus palabras, por haber sido tratadas como exageradas es una herida subjetiva. Esta transmisión tiene también otro aspecto relevante en sus vidas, la importancia de adquirir información, de saber para poder decidir mejor. Además del apoyo psicológico para afrontar la situación.

M2- A mí sí que me ha ayudado a ver que no soy la única, que somos más. Que tenemos muchas cosas pero que podemos seguir para delante y que uniéndonos y haciendo que esto se vea más, la gente lo va a aceptar más. Cuando tú dices tengo endometriosis y la gente te dice ¿Endo qué?

La fuerza que les da el grupo para continuar con sus reivindicaciones, no sentirse solas y aisladas, es un valor esencial en sus vidas.

Estas prácticas de las mujeres frente a sus problemas de salud y que podríamos calificar como activistas, recuperan unos conocimientos sobre nuestros cuerpos que nos son negados de manera sistemática por las ciencias, las religiones y la cultura y que los centros de producción del conocimiento no existe la voluntad de transmitirlos. El movimiento, como indicábamos al principio, hunde sus raíces en el movimiento suscitado por *Our Bodies Ourselves* y quizá históricamente podemos incluso remontarnos a un proceso histórico de más largo recorrido en el que las mujeres han reivindicado sus conocimientos frente a la medicina. El autoconocimiento libera y proporciona herramientas para decidir libremente, estando más informadas. Afortunadamente, de forma más o menos organizada, las mujeres seguimos poniendo en común tecnologías al margen de esas instancias de dominación. Es un camino arduo y en ocasiones solitario, pero resulta un oasis poder compartir lo aprendido y reconocernos en la adquisición de prácticas que podríamos llamar de resistencia.

No trato de hacer una proclama anti-tecnología o anti-conocimiento biomédico. Se trata de apropiarnos de esos saberes, aprender a utilizarlos y

hacerlo en beneficio de todas aquellas personas que la necesiten, evitando los sesgos por género, etnia o clase. Estaríamos hablando de una democratización del conocimiento científico que dejara atrás la visión androcéntrica y capital-colonialista.¹⁵²

Otras de las capacidades que las afectadas por el hongo han expresado adquirir con el tiempo son algunas de las siguientes: el control y detección precoz de la candidiasis, ante los primeros síntomas aprender a reconocerlos y poner soluciones que alivien los síntomas. Por tanto la toma de medidas en las primeras manifestaciones.

Otro aspecto referido fue la cuestión de evitar la toma de antibióticos prescritos para otras infecciones, el hecho de que las mujeres solicitaran otras soluciones en las consultas médicas que no implicaran el empeoramiento de la candidiasis vulvovaginal.

“(...) Me tengo que estar muriendo para tomar un antibiótico porque desencadena una serie de cosas que ni de lejos. Además cuando voy al médico y me lo recetan por una bronquitis o lo que sea, les digo: ¿No tengo otra solución, si no me tomo esto va a ser peor? (Silvia)

(...) Sí yo se lo digo, no me corto un pelo. A mi estas cosas me destrozan, me va a costar más quitarme esto [la candidiasis] que si no me tomo el antibiótico. (Silvia)

(...) Quien mejor se conoce eres tú, porque exceptuando alguna cosa un poco más que te venga de nuevas, las enfermedades se repiten, cada año o cada dos, son cosas que no te va a pasar nada. Tienes el conocimiento para decir pues esto no me lo voy a tomar o recétame esto que me lo tome. Supongo que no será lo más correcto tampoco por la tendencia a automedicarnos que tenemos, pero a raíz de la candidiasis [comencé a] no tomar tantas medicinas como tomaba.” (Silvia)

¹⁵² Medina Doménech, R. M. (2005).

Silvia expresa que prefiere no tomar antibióticos porque empeoran su candidiasis. Hace explícita su preocupación y solicita alternativas. El hecho de requerir tratamiento alternativo implica un cambio en la tradicional y jerárquica relación médico-paciente. Ella destaca que quien mejor se conoce eres tú misma y las implicaciones de esta consciencia pasan por tomar las decisiones que consideramos más apropiadas para nuestro bienestar.

(...) Procuraba que si podía evitar por ejemplo, yo que sé, hace una semana por un flemón que tenía en la muela me recomendaron un enjuague y antibióticos y dije los antibióticos no me los voy a tomar, pruebo con el enjuague y si no funciona tomo antibióticos. Cosas así, intentar evitar determinadas cosas que sabes que son riesgosas y currártelo de otra manera. Y evitar siempre si puedo la medicalización (...)" (Irene)

(...) Siempre he sido propensa a la cistitis creo que desde que yo no sabía lo que estaba teniendo, lo sabía mi madre, entonces si es que el aparato genital y urinario ha sido siempre mi punto débil. (...) Este médico que te digo me solía recetar Galusan para la cistitis. (Alex)

(...) Es ácido pipemidíco o algo así, mira tengo una caja en el bolso, jaja. – Dice sacándola del bolso- Y el Galusan no me causaba candidas(...) [antes] tomaba Monurol, y sí que me causa recidivas de candida. (Alex)

(...) No se planteaban en ningún momento recetarme otra cosa o... simplemente pues me daban también un tratamiento para las candidas y ya está. Pero los antibióticos iban por delante. (Alex)

Los testimonios muestran un desarrollo progresivo de la toma de control de sus cuerpos, las decisiones activas frente a la prescripción médica caracterizada por la homogenización y sistematización de los tratamientos. La falta de atención y de cuidado, podríamos decir, a la hora de recetar medicamentos que pudieran agravar o potenciar la aparición de otras enfermedades a las que son propensas. Como indican desde sus

experiencias, las mujeres distinguen entre dejarse tratar pasivamente o cuestionar la autoridad médica y tomar decisiones en torno a cómo cuidar su salud. Asimismo estas experiencias vitales dejan en entredicho la percepción de la obediencia acrítica por parte de las personas que requieren de servicios biomédicos.

7 Conclusiones

En este trabajo nos hemos aproximado a la experiencia de las mujeres de vivir con la candidiasis recidivante. Por otra parte hemos indagado en las concepciones que la biomedicina y su práctica, así como otras perspectivas alternativas tienen de la enfermedad. Mi experiencia personal sobre la enfermedad ha sido la propia hipótesis de partida al cuestionarme, desde la experiencia, la visión biomédica. . A la luz de este trabajo preliminar es posible destacar las siguientes conclusiones.

La visión biomédica de la enfermedad se distingue por ser parcelar, fragmentada en especialidades como la ginecología o la microbiología tal y como plantean las experiencias de las participantes en relación a la práctica médica descrita. La concepción biopsicosocial aceptada desde hace más de cuatro décadas como definición del proceso de enfermar, no parece aún una práctica cotidiana en el ámbito biosanitario en relación a la candidiasis vaginal. El resultado de esta comprensión limitada y biologicista de la enfermedad es la invisibilización de la amplia sintomatología y malestar que provoca la infección por Cándidas así como de sus vínculos con experiencias de violencia patriarcal.

Desde estos ámbitos oficiales de la medicina encontramos menciones a la cantidad de relaciones sexuales, la promiscuidad,- comportamiento tradicionalmente censurado desde ámbitos de control moral-, como factor de riesgo para la candidiasis, sin embargo, desde estos mismos centros de producción científica se descarta la vía sexual para el contagio de la misma.

No hallamos explicaciones a la causalidad entre el mantenimiento de relaciones sexuales penetrativas y candidiasis.

Los resultados de esta investigación advierten de la necesidad de aplicar la perspectiva de género y feminista a las investigaciones, y de incluir el factor estrés, producido por la violencia machista, como factor de riesgo para la candidiasis. No hemos encontrado resultados sobre esta conexión en las publicaciones revisadas, algunas realizadas desde los planteamientos de género.

Más allá de la definición biomédica, en este trabajo de investigación recogemos la experiencia de las mujeres con la enfermedad. De sus narraciones se extraen aspectos como la interpretación específica que hacen del síntoma. De estas experiencias surgen otras formas de entender la candidiasis que indican un proceso de autoconsciencia paralelo al padecimiento, pues a través de las sensaciones de la vagina, como órgano sensible, son capaces de reconocer e identificar situaciones de abuso.

Encontramos en sus historias la expresión manifiesta del cambio de concepción y de la manera en que se relacionan con el órgano genital. Es decir, la necesidad de ampliar el abanico relacional con la vagina, contrapuesta a la lectura que plantea la cultura patriarcal de la misma.

Algunos testimonios recogidos indican la problemática que la enfermedad plantea a algunas mujeres sobre cómo buscar nuevas o diferentes formas de entender las relaciones sexuales, que no impliquen versiones sumisas o poco complejas de la sexualidad y limitadas a los patrones heteronormativos fundamentados en la dominación patriarcal.

En las relaciones médico-paciente que describieron las participantes recogemos episodios de abusos mediante juicios, culpabilización y ausencia de interés por continuar la búsqueda de soluciones o medidas paliativas que mejoren las condiciones de las enfermas. Algunas mujeres vivían con cierto

descrédito el sistema biomédico y buscaron alternativas, automedicación o autodiagnóstico de la candidiasis, entre otras prácticas.

Las mujeres que hemos contribuido a este trabajo reconocemos la importancia de los cuidados en el centro de la vida y, especialmente, los cuidados que empiezan por una misma. En las entrevistas queda plasmado que en ocasiones al enfermedad ha permitido el desarrollo de habilidades y toma de consciencia de la importancia de aprender y saber cuidarse a una misma como una buena estrategia a la hora de prevenir y salir de relaciones de abuso.

En el desarrollo de esta autoconsciencia y agencia en relación a la propia enfermedad, también ha contribuido de forma fundamental la puesta en común con otras mujeres. A raíz de esta práctica se desarrollan y transmiten conocimientos y habilidades que hasta entonces nos eran desconocidos.

Este trabajo preliminar queda abierto a continuarse y profundizar en el análisis de los artículos y entrevistas para ampliar los datos y reflexiones que se pueden extraer desde una perspectiva feminista. Es nuestro proyecto contribuir con una parte de los contenidos recogidos a la elaboración de una guía feminista de la candidiasis con el objetivo de difundir los conocimientos que aportan las experiencias de las participantes.

8 Bibliografía y web

Alemán Mondeja, L.; Almanza Martínez, C.; Fernández Limia, O. (2010) *Diagnóstico y prevalencia de infecciones vaginales*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.; 36(2)62-103. Acceso online: <http://scielo.sld.cu>

Antifungal Drug Development Programs. Cidara. (August 2015). <http://www.marketwatch.com/story/cidara-therapeutics-to-present-data-from-antifungal-drug-development-programs-at-icaacicc-2015-meeting-2015-08-10/print>

Arrufat Gallein, Vita. (2013). *Cosas que quiero decir cuando digo autoconocimiento*. *Revista MYS, Mujeres y Salud*, 34-35, p.43. A través de su web: www.mys.matriz.net Búsqueda realizada en Agosto de 2015.

B. Preciado. (2002). *Manifiesto contra-sexual*. Editorial Opera Prima. Madrid.

Basuald, J.A.; Coto, C. E.; De Torres, R. A. (2006). *Microbiología biomédica. Bacteriología, micología, virología, parasitología, inmunología*. Ed Atlante. Buenos Aires.

Blanco, P.; Ruiz, C.; García de Vinuesa, L.; Martín-García, M. *La violencia de pareja y la salud de las mujeres*. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 182-8.

Boston Women's Health Book Collective; Judy Norsigian. (2011). *Our bodies ourserlves*. Touchtone Books Paperback.

Cervera, C. H. (2014). *La Nutrición Ortomolecular*, editorial RobinBook, colección Masters Salud, (Robin Book). A través de la web de la Asociación Española de Candidiasis:
<http://www.candidiasisronica.org/candidiasis%20cr%20nica%20por%20cala%20h.htm>

Chambers y Gillispie, R. (2001). *Locality in the History of Science: Colonial Science, Technoscience and Indigenous Knowledge*. *Osiris*, 15, 221-240.

De la inofensiva "Cándida" a la nociva candidiasis. (Julio 2015). Europa Press. Acceso online

<http://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-inofensiva-candida-nociva-candidiasis-20150703073532.html> acceso el 23 de julio de 2015.

Ehrenreich, B., English, D. (1973). *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. In: SEAMAN, B.; ELDRIDGE Laura (2012) (eds.) *Voices of women health movement*, New York, Seven Stories Press.

Esteban, Mari Luz. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Ed. Bellaterra. Barcelona. Citado en Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder. Feminismos*. Ediciones Cátedra. Universitat de València. Instituto de la Mujer. Madrid.

Engel G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*; 196:129-36. Citado en Borrell i Carriò, F. (2002). *El modelo biopsicosocial en evolución*. *Med Clin (Barc)*; 119(5):175-9.

Evans, T.; Mafubelu,D.; AbouZahr,C.; Zoysa, I. y García Moreno, C. (2009). *Resumen analítico. Las mujeres y la Salud. Los datos de hoy la agenda de mañana*. Organización Mundial de la Salud. Suiza.

Fauré, Christine. (2010). *Enciclopedia histórica y política de las mujeres*. Europa y América. Akal. Madrid. Acceso online a través de Google Books: https://books.google.es/books?id=IVhwo5vYtmoC&printsec=frontcover&authuser=0&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Ferrarotti, F. (2009). *El conocimiento socioantropológico como conocimiento participado y verdad intersubjetiva*. *Historia, antropología y fuentes orales* 49, p. 119. Citado en Llona, M. (2012) *Entreverse. Teoría y metodología práctica de las fuentes orales*. Coord. Llona, M. Universidad del País Vasco.

Four steps to beating candida infections. (June 2015). online <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3242405/>

Gaglianone, V. (Febrero 2014). Autora explica conexión entre el cerebro y la sexualidad femenina. Nueva York. Online <http://www.eldiariiony.com/vidae-stilovinculos/article/20140214/Sexualidad-naomi-wolf-vaigna-nueva-biografia>

García Lao, F. (2005). *Muerta de hambre*. El cuenco de plata. Buenos Aires.

Galeano, Eduardo. (2008). *Espejos, una historia casi universal*. Ed. Siglo XXI. Madrid.

Goodyear, G.; Rymer, J. (May 2015). *Gynaecological infections*. Online <http://www.nursinginpractice.com/article/gynaecological-infections>

González-Pedraza Avilés, A.; Ortiz Zaragoza, C.; Dávila Mendoza, R. y Valencia Gómez, C. M. (2007). *Infecciones cervicovaginales más frecuentes; prevalencia y factores de riesgo*. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Haraway, D. (1991). *Ciencia, Cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Universitat de València, Ediciones Cátedra, Instituto de la Mujer. Colección Feminismos.

Harding, Sandra. (1987) *¿Existe un método feminista?* Acceso online: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/capitulos/81-2350ske.pdf

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. (1999). Ending violence against women. Population reports, series L, n°11. Baltimore. Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information Program.

Citado en Blanco, P.; Ruiz,C.; García de Vinuesa, L.; Martín-García, M. *La violencia de pareja y la salurevista chilena de las mujeres*. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1): 182-8. p. 185.

Johansen, J. Candida is More than Just Yeast Infection. (June 2015). Online <http://newswire.net/newsroom/pr/00089262-colloidal-silver-coconut-oil-natural-help-candia.html>

Jónasdóttir, A. G. (1993). *El poder del amor. ¿Le importa al sexo la democracia?* Feminismos. Ed. Cátedra. Universitat de València. Instituto de la Mujer.

Kleinman, Arthur. (1993). *What is specific to Western medicine?* En: Bynum, William F.; Porter, Roy (eds), Companion Encyclopaedia of the History of Medicine. London-New York, Routledge, vol. 1, pp. 15-23. Traducción de Rosa María Medina Doménech. Profa. Titular Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina. UGR.

Krause, Anita. (Agosto 1987). *Las micosis*. Diario de avisos. Santa Cruz de la Palma. Acceso a través de la hemeroteca de la Biblioteca Nacional. Acceso online <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0012493311&page=4&search=diario+d+e+avisos+anita+krause&lang=es>

Krug, Etienne; Dahlberg, L. Linda; Mercy, A. James, Zwiand, B. Anthony; Lozano, Rafael. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. Genève.

Lagarde, Marcela. (2001). *Claves feministas para la negociación en el amor*. Puntos de Encuentro. Nicaragua.

Las Tejedoras. (1 noviembre 2014). *La Última Gota*. Acceso online: <http://vimeo.com/110662425> acceso realizado el día 15 de septiembre de 2015.

<http://hemerotecadigital.bne.es/details.vm?q=id:0012286848&lang=en>

Latour, B. (1992). *Ciencia en acción. Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Barcelona, Låbor.

Llona, M. (2012) *Entreverse. Teoría y metodología práctica de las fuentes orales*. Coord. Llona, M. Universidad del País Vasco.

Magliani, W.; Conti, S.; Salati, A.; Arseni, S.; Frazzi, R.; Ravanetti, L. & Polonelli, L. (2002). *New strategies for treatment of candida vaginal infections*. Rev Iberoam Micol; 19: 144-148

Martín Peña, J.F. (27 de septiembre de 2011). *Candidiasis crónicas. Infecciones recidivantes*. Madrid. Diario ABC. p. 35. Online

<http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/2011/09/27/035.html>

Martínez, M. A.; Barría, A.; Meneses, R.; Oyarzún, P.; Sandoval, J. (2003). *Vulvovaginitis en la adolescencia: estudio etiológico. Versión on-line 0717-7526 Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. V.68 n.6 Santiago 2003; 68(6): 499-502. Acceso a través de la web: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262003000600008> Búsqueda realizada el 11 de septiembre 2015.*

Medina Doménech, R. M. (Mayo 2011) *¿Por qué es importante hablar de saberes subalternos?* En su blog:

<http://saberesubalterno.blogspot.com.es/search/label/saberes%20subalternos>

Medina Doménech, R.M. (2012). *Ciencia y sabiduría del amor. Una historia cultural del franquismo*. Madrid-Frankfurt: Iberoamericana-Vervuert.

Medina Doménech. R. M. (1999). Ideas para perder la inocencia sobre los textos científicos. In Barral, M.J; Magallón, C.; Sánchez, M. D. (eds), *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas de mujeres*, Barcelona, Icaria.

Michel Foucault (2001). *Fragmentos sobre biopolítica*. Volumen II de *Dits et Écrits*, (1976-1988). París, Gallimard. Acceso online el 22/9/2015:

<http://alcoberro.info/planes/foucault9.htm>

New Monoclonal Antibody for Candida Albicans. (july 2015). Online.

<http://www.biosciencetechnology.com/product-releases/2015/07/new-monoclonal-antibody-candida-albicans>

Ortiz Fernández, M^a D., Muñoz Cobos, F., Martín Carretero M^a L. Río Ruiz, J. (junio 2004). *Detección de violencia doméstica en atención primaria: ¿Qué sabemos de las víctimas?* Medicina de Familia (And) Vol. 5, N^o 2.

Osset, J.; García, E.; Bartolomé, R.M.; Andreu, A. (2001). *El papel del lactobacillus como factor protector de la candidiasis vaginal*. Servicio Microbiología, Hospital Vall D'Hebron. Med. Clin (Barc); 117:285-288. Art 30471

Patel, D. A.; Gillespie, B.; Sobel, J. D.; Leaman, D.; Nyirjesy, P.; Weitz, V. M.; Foxman, B. (2004). *Risk factors for recurrent vulvovaginal candidiasis in women receiving maintenance antifungal therapy: Results of a prospective cohort study*. American Journal of Obstetrics and Gynecology 190, 644:53 Acceso online el 16/9/2015:
file:///C:/Users/Mar%C3%ADa/Downloads/53d280b60cf228d363e9446b.pdf

Pinkola Estés, Clarissa. (2001). *Mujeres que corren con lobos*. Ediciones B. Barcelona.

Pollak, S. (2009). Proceedings of the National Academy of Sciences. University of Wisconsin-Madison. Citado en: Almodóvar, Miguel A. (2014). *El segundo cerebro*. Paidós. Barcelona.

Ruiz Pérez, I.; Blanco Prieto, P. y Vives Cases, C. (2004). *Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias*. Gac Sanit. vol.18, suppl.2, pp. 4-12. ISSN 0213. Acceso online:

9111.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003

Perlemuter, L. (1999). *Anatomofisiología*, Ed. Masson S.A., Barcelona Citado en: Torres, J. Diana. (2015). *Coño potens. Manual sobre su poder, su próstata y sus fluidos*. Ed. Txalaparta. Navarra.

Rohlf, I. y Valls-Llobet, C. (2003). *Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública*. Gaceta Sanitaria online, vol.17, n.4, pp. 263-265. <http://www.scielosp.org/pdf/gsv17n4/editorial.pdf>

Rovira Dupláa, G. (8 de marzo de 2012). *El tratamiento de la vulvovaginitis de repetición mediante la ozonoterapia*. Monográfico especial. La vanguardia. Hemeroteca. Online

http://www.guiadeprensa.com/prensa/la_vanguardia/2012/03/08/invertir_en_salud

S. Vivas. (Septiembre 2013). *Candidiasis: no a las molestias recurrentes*. Guía enfermedades. Mujer Hoy. Acceso online <http://www.mujerhoy.com/salud/guia-enfermedades/molestias-recurrentes-745320092013.html>

Sabrina Mora, Ana. (Junio 2010). *Cuerpo, género, agencia y subjetividad*. Web: <http://grupodeestudiosobrecuerpo.blogspot.com.es/2010/06/cuerpo-genero-agencia-y-subjetividad.html>

Sobel. J.D. (2007). *Vulvovaginal candidosis*. The lancet. Department of Medicine, Wayne State University School of Medicine, Detroit. MI USA. 369:1961-71

Sween, Erick. (1998). *The one minute question: What is narrative therapy? Some working answers*. Gecko vol. 2. Online.

<http://www.narrativetherapylibrary.com/the-one-minute-question-what-is-narrative-therapy-some-working-answers-1.html>

The candida cold war. (March 2015). Online

<http://www.popsoci.com/candida-cold-war>

Torres, J. Diana. (2015). *Coño potens. Manual sobre su poder, su próstata y sus fluidos*. Ed. Txalaparta. Navarra.

Turner, S.B., (1995) *Medical Power and Social Knowledge*. Sage Publications. London.

Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Ediciones Cátedra. Universitat de València. Instituto de la Mujer. Madrid. Colección Feminismos.

Vázquez Lara, J. M.; Rodríguez Díaz, L. (2013). *Manual básico de obstetricia y ginecología*. Instituto nacional de Gestión Sanitaria. Acceso online el 20/8/2015: <http://publicacionesoficiales.boe.es/detail.php?id=000568713-0001>

Vickery, Lynne (1993). *Infection and insurrection: women treating yeast. The great yogurt conspiracy*. *Feminist Women's Health Center*.

<http://www.fwhc.org/health/yeast.htm>

White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means therapeutic ends*. W.W. Norton & Company. New York. London.

Williams, Joyce. (2007). *Rape Culture*. Blackwell Encyclopedia of Sociology. Ritzer, George (ed). Blackwell Publishing, Blackwell Reference Online. http://www.blackwellreference.com/subscriber/tocnode.html?id=g9781405124331_yr2012_chunk_g978140512433124_ss1-19 último acceso el 11 Septiembre de 2015.