

✿ Dra. Miriam Al Adib Mendi ✿

Hablemos de **NOSOTRAS**

Reflexiones de una ginecóloga rebelde



virus para siempre, es decir, no existe tratamiento curativo como tal. Aquí en este punto me encuentro con el agobio inmenso de la paciente «¿entonces nunca me voy a curar? ¿Pero siempre lo puedo contagiar? ¡No podré tener una pareja nunca!». Y aquí es donde me doy cuenta de la parte de construcción mental que tiene esta situación, de lo tabú y estigmatizante que es tener herpes en los genitales, y no en el labio, cuando resulta que este segundo es más fácil de transmitir, pues tenemos más contactos con los labios que con los genitales (besamos a muchas personas a lo largo de nuestra vida). Y esta es la respuesta que suelo dar: «por supuesto que hay que protegerse de las ITS si no hay pareja estable, no ya porque tú contagies tu herpes, que también, sino también por si te contagian a ti nuevas ITS. En cuanto a tu herpes genital, piensa esto: ¿si fuera un herpes labial no tendrías nunca pareja ni besarías a nadie en toda tu vida? ¿A que no se te ocurriría pensar así? Cuando tienes el brote es cierto que es más contagioso, por eso ahí sí debes evitar el contacto (en cualquier caso, tampoco es necesario que te diga esto, con el dolor que da tampoco vas a tener ganas). Entonces has de hacer lo mismo que harías si tuvieras un brote de herpes labial (no se te ocurriría repartir besos en pleno brote), luego cuando ya no tienes lesiones haces tu vida normal (usando preservativos si no hay pareja estable, lo mismo que se recomienda a todo el mundo). Y para evitar al máximo recaídas cuida tus hábitos: evita el estrés, come sano, pasea, que te dé el sol, evita hábitos tóxicos, rodéate de gente que te haga feliz... Las recaídas van a depender mucho de cómo está tu inmunidad».

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

El VPH es la infección sexualmente transmitida más frecuente que existe. El 80 % de la población sexualmente activa lo ha tenido en alguna ocasión, pero en más del 90 % de los casos es completamente inofensivo y desaparece espontáneamente. En un pequeño porcentaje de los casos puede ocasionar lesiones como verrugas genitales (condilomas) y lesiones premalignas en el cérvix, estas últimas a largo plazo pueden evolucionar hacia un cáncer de cérvix. La tasa de mortalidad del cáncer de cérvix disminuyó significativamente gracias a las citologías, actualmente en España la incidencia es muy baja, con un descenso importante desde los años 60, por esta causa fallecen 550 mujeres al año (el 2 % de todas las muertes por cáncer femenino y el 0,3 % del total de las muertes entre las mujeres).

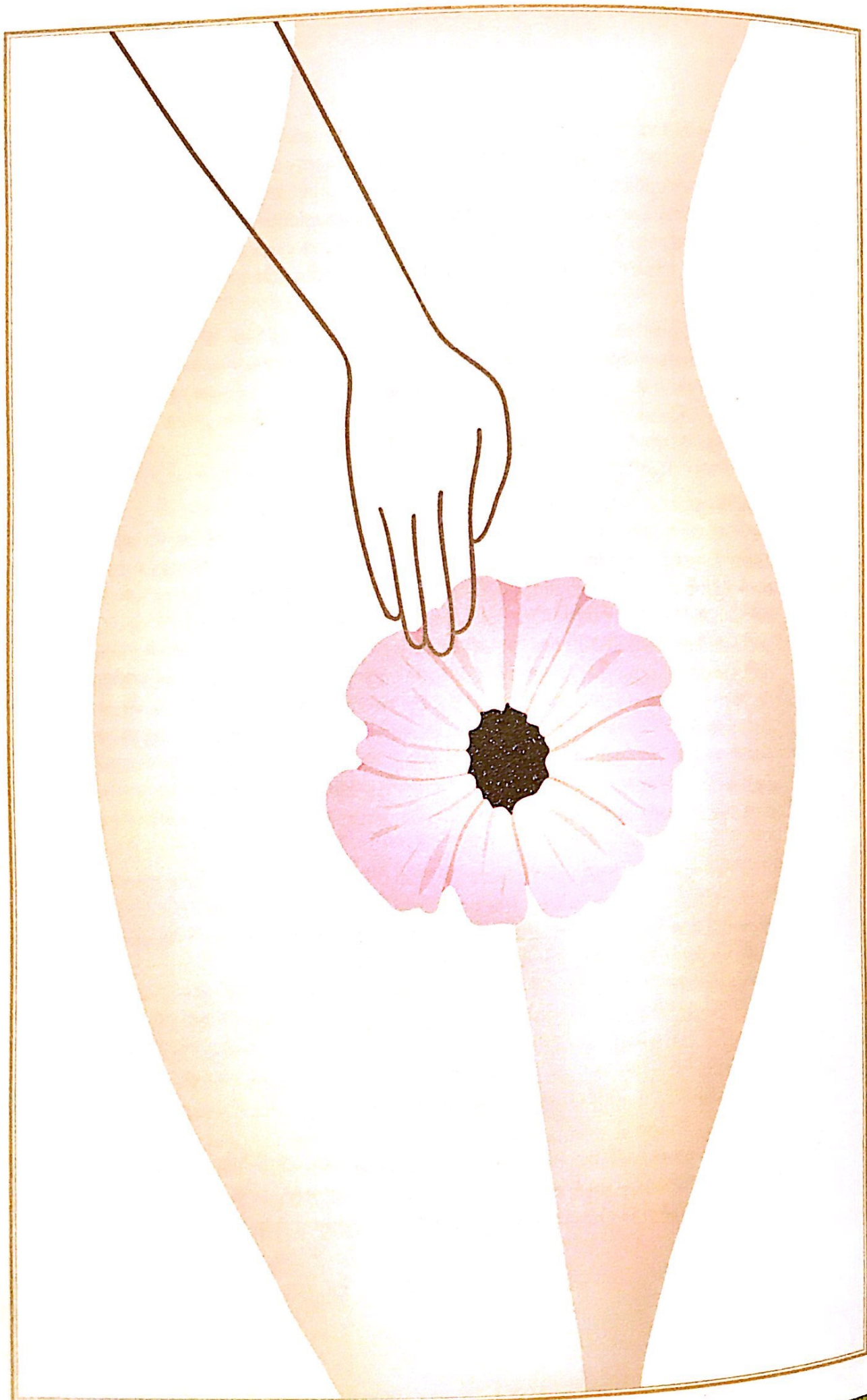
Existen gran cantidad de serotipos de VPH (más de 200). Unos serotipos son los responsables de las verrugas genitales (condilomas), y otros son los

responsables de las lesiones en el cérvix. Las verrugas tienen una naturaleza benigna (no malignizan) y remiten espontáneamente sin tratamiento en el 30 – 60 % de los casos. Dentro de los serotipos que afectan al cérvix los hay de alto poder oncogénico (más capacidad de evolucionar a cáncer de cérvix) como el 16 y el 18, y los hay de bajo poder oncogénico (no evolucionan a cáncer, dentro de estos están los que pueden producir verrugas genitales).

La prevalencia de este virus es muy elevada en jóvenes, la curación espontánea es mayor del 90 %. Otras veces en lugar de eliminarse, este virus persiste en el tiempo, y puede que en algún momento en que baje la inmunidad genere las lesiones características; esto puede ocurrir incluso décadas después de contraerlo.

Cuando afecta al cérvix, lo primero que se desarrolla son las lesiones premalignas de bajo grado. Y aunque la mayoría de las veces estas lesiones se resuelven espontáneamente, puede ocurrir que persistan, y con el tiempo puede que evolucionen a lesiones premalignas de alto grado. En este caso, si no hacemos nada, con los años podría llegar progresar a cáncer de cérvix. Desde la normalidad de las células del cérvix hasta el desarrollo de las lesiones premalignas de bajo grado pueden pasar meses; desde las premalignas de bajo grado a las de alto grado pueden pasar de 1 a 15 años, desde que empiezan las primeras lesiones hasta llegar a cáncer de cérvix suele pasar más de una década. Esto significa que no se desarrolla este cáncer de la noche a la mañana, por eso se puede prevenir con las citologías periódicas pues da tiempo de sobra para detectar las lesiones premalignas mucho antes de llegar al cáncer.

Cuando hay lesiones premalignas de bajo grado no las tratamos médicamente, lo que hacemos en estos casos es hacer controles periódicos esperando a ver si estas lesiones se eliminan con la propia inmunidad, o bien si evolucionan a lesiones premalignas de alto grado. La buena noticia es que entre el 80 al 90 % de las lesiones premalignas de bajo grado se curan espontáneamente. Si por el contrario llegan a causar lesiones premalignas de alto grado, esto ya sí lo tratamos con una intervención quirúrgica llamada conización, ya que solo un 20 % de las lesiones premalignas de alto grado se curan espontáneamente, y lógicamente no vamos a esperar a ver si estas lesiones se curan o evolucionan a cáncer. Esta cirugía consiste en extirpar la parte de cérvix afectada, suele tener pocas complicaciones y no afecta a la fertilidad de la paciente. Después, la pieza quirúrgica se analiza, y si los bordes están libres de lesión significa que hemos quitado la totalidad de cérvix afectado.



Como ya hemos dicho, un cáncer de cérvix no se forma de un día para otro, se necesita más de una década en la mayoría de los casos. Por eso con las citologías periódicas siempre podemos detectar a tiempo esas lesiones premalignas y evitar la progresión. Antes se hacían las citologías sistemáticamente cada año en población sana desde el momento en que comenzaba la actividad sexual. En cambio las nuevas evidencias científicas recomiendan iniciarlas a los 25 años y espaciarlas cada 3 años (incluso cada 5 si el VPH es negativo), pues se ha demostrado que de esta manera seguimos llegando igual de a tiempo al diagnóstico de las lesiones premalignas de alto grado (que son las que realmente necesitan ser tratadas con conización). Otra ventaja que aporta espaciar las citologías es que, entre una y otra, algunas mujeres habrán tenido lesiones de bajo grado que les hará dado tiempo a eliminar espontáneamente y ni se habrán enterado, lo cual, dicho sea de paso, ahorra muchos disgustos.

Muchas pacientes me han preguntado «¿no sería mejor hacer citologías anuales para pillar las lesiones antes de que lleguen a ser premalignas de alto grado?» La respuesta es que esto no aporta ninguna ventaja, ya que las lesiones de bajo grado no requieren ningún tratamiento ni quirúrgico ni médico, en este caso lo único que hacemos es realizar unas pruebas complementarias: PCR para detectar el serotipo de virus (si es de los de mayor o menor poder oncogénico), una colposcopia-biopsia (para confirmar el diagnóstico de la citología, el resultado suele ser el mismo que lo que sale en la citología, solo que en algunas ocasiones puede salir otro diagnóstico, por eso se hace esta prueba, para asegurar el diagnóstico sirviéndonos de la toma de un fragmento de tejido mayor), y después, si efectivamente el diagnóstico es de lesiones premalignas de bajo grado, lo que se hace es vigilar cada 6 meses para confirmar si las lesiones se eliminan espontáneamente, y en el caso de que evolucionaran a lesiones de alto grado entonces haríamos conización. Por lo tanto, sabiendo lo lenta que es la evolución de las lesiones hasta llegar al cáncer, espaciar más las citologías en mujeres sanas no implica una merma en la prevención del cáncer. Todo esto que acabo de decir sobre citologías más espaciadas es aplicable en mujeres sanas sin factores de riesgo, la periodicidad de las citologías cambia y se vigila de forma más estrecha en aquellos casos donde hay lesiones previas u otros factores de riesgo importantes como la inmunosupresión, tener múltiples parejas sexuales, etc.

¿Qué puede hacer la persona afectada? todo aquello que mantenga el sistema inmunológico en buenas condiciones. El estrés, los tóxicos ambientales, fumar, la mala alimentación... todo esto deprime el funcionamiento

del sistema inmunológico, en cambio los buenos hábitos aportarán más probabilidades para la eliminación espontánea del virus.

¿Por qué conocer la historia natural del VPH?

Cada semana veo a muchas pacientes con una angustia tremenda por el hecho de tener VPH. Dedico bastante tiempo a explicarles, porque suelen pensar que lo que tienen es mucho más grave de lo que realmente es. Pero una vez entienden cómo es la evolución y naturaleza de este virus se lo toman con más calma. Lo primero que les digo cuando llegan tan asustadas es: no tiene nada de «mérito» tener VPH, más del 80 % de la población sexualmente activa lo tiene en algún momento de sus vidas. Casi siempre vienen con el estigma, el tabú de tener una ITS y el peso del cáncer. Cuando tienen lesiones premalignas de bajo grado les explico que, una vez confirmado con la colposcopia, básicamente lo que se hace en estos casos es vigilar, no hay que tratar médicamente, solo cuidarse para que la inmunidad funcione lo mejor posible, y que en el caso de requerir cirugía por llegar a desarrollar lesiones premalignas de alto grado dejo claro que esto no sería sinónimo de «tratar un cáncer» sino de «prevenir un posible futuro cáncer» (que es bien distinto).

Algunas veces me dicen «he leído que se asocia a la promiscuidad y a no utilizar preservativo pero yo no he sido promiscua y siempre usé preservativo, ¿por qué me ha pasado esto a mí?». Pues bien, aunque a mayor número de contactos aumentan las posibilidades de contagio, también es cierto que se puede contraer con una única relación sexual que hayas tenido en toda la vida, y aunque el preservativo hay que utilizarlo porque protege bastante no evita al 100 % de la transmisión. También puede contraerse con la con el contacto sexual sin penetración, solo por la fricción piel a piel. Las mujeres lesbianas también pueden contraerlo (por eso también han de hacerse citologías, igual que las mujeres que tienen relaciones heterosexuales).

Cuando las veo excesivamente agobiadas por el estigma que les sugiere tener una ITS, les lanzo la siguiente pregunta: ¿a qué mujeres hacemos periódicamente citologías? Y me responden «a todas» a lo que contesto «efectivamente, a todas las que hayan tenido alguna relación sexual, aunque solamente sea una, en cambio, ¿a qué mujeres pedimos una analítica periódica para VIH?», y entonces me contestan «a las que tienen algún factor de riesgo», y ahí digo: «efectivamente, a los grupos de riesgo como tener múltiples parejas sexuales, contacto con una persona sospechosa de estar infectada, personal sanitario...

en cambio las citologías se hacen a todas las mujeres sexualmente activas (da igual si solamente han tenido un contacto sexual en su vida), ¿por qué a todas? Porque contraer este virus le puede pasar a cualquiera que haya tenido relaciones sexuales independientemente de si ha habido un solo contacto sexual o muchos más». Con este sencillo razonamiento, la carga de estigma disminuye drásticamente, ¡y menos mal! Porque vivir con esa desinformación y con esa sensación de ser una «apestada», con toda la culpa y la vergüenza añadida, es una mochila pesada que literalmente ha arruinado la vida de cientos mujeres. En muchas ocasiones me he encontrado con auténticos dramas de pareja «si tengo esto entonces mi pareja habrá sido infiel» o bien «mi pareja cree que he sido infiel», a lo que contesto que es imposible encontrar al «culpable» de la transmisión del virus, puedes tenerlo a través de una pareja que tuviste muchísimo tiempo antes, también te lo puede contagiar tu pareja porque lo trae de una relación previa aunque sea hace muchísimos años,.. este virus puede causar lesiones ¡hasta décadas después de haberlo contraído! Y con algo tan simple como hacer citologías periódicas podemos llegar a tiempo para evitar un cáncer de cérvix.

La vacuna contra el VPH: ¿qué sabemos y qué no sabemos de ella?

En cuanto se creó esta vacuna recuerdo que fui a un congreso donde se habló de todo lo maravillosa que era. Que con ella íbamos a bajar la mortalidad por cáncer de cérvix. Yo la recomendaba activamente en mi consulta. El hecho de estar avalada por la OMS y tantas sociedades científicas me daba confianza. Con el tiempo fui viendo en la consulta cosas que no me cuadraban mucho, dio la casualidad de que vi a varias mujeres que estaban vacunadas antes de tener relaciones y que con el tiempo desarrollaron lesiones por este virus. Pensaba que eran casos aislados, pero mi curiosidad por saber más me llevó a buscar más información. Pocos años después me encontré con otros argumentos científicos que para mí eran totalmente desconocidos porque no tienen ninguna cabida en los congresos ni en sociedades científicas. Empecé a leer mucho sobre ello, un artículo me llevaba a otro, una información a otra, estaba muy confusa, ¿por qué hasta entonces yo no sabía nada de estos otros argumentos científicos? No paré de buscar información para poder sacar mis propias conclusiones. Si seguís leyendo pensando en que me voy a posicionar a favor o en contra de la vacuna, os aviso que no lo haré, trataré de exponer de forma resumida y sencilla una parte de toda esa información que a mí nunca me llegó a través de las vías oficiales, pero que creo que es importante conocer para que cada cual piense y saque sus conclusiones. No

pretendo convencer a nadie de nada, de hecho, si queréis tomar una decisión sobre si ponerla o no, os recomendaría que no os quedéis solo con lo que cuento en este texto, contrastad la información que hay, en internet podéis encontrar todos los textos de todos los autores de ambos bandos.

Actualmente ejerzo como ginecóloga en mis consultas privadas, por lo que si hablamos en términos instrumentales (prestigio profesional, beneficio económico, credibilidad...), lo mejor que podría hacer es no meterme en este jardín. Esta parte del libro he dudado mucho si publicarla. Hasta última hora le decía a mi editora que no me sentía segura, que se me hacía muy difícil abrir semejante caja de Pandora, porque no me gusta nada generar polémica o confundir a la gente. Insisto que no poseo la verdad absoluta de nada, y no quiero que se me malinterprete. Por eso intentaré ser lo más respetuosa posible, para nada juzgo si estáis a favor o en contra, ni diré cuál es mi postura. No quiero ofender a nadie, no es mi intención. Parece que ya estoy pidiendo perdón por adelantado, a medida que leáis quizás entendáis por qué se me atraganta tanto este tema. Lo que me hizo dar el paso definitivo para publicar esta parte del libro fueron las siguientes preguntas que me hice: ¿no será que quiero mirar hacia otro lado para no enturbiar mis intereses personales?, ¿a qué tengo miedo?, ¿no he defendido siempre la honestidad intelectual?, ¿qué daño hago exponiendo ciertas inquietudes?, ¿qué hay de irresponsable en ello?, ¿acaso quienes leen este libro no son personas adultas con capacidad crítica para sacar sus propias conclusiones?, ¿estoy engañando a alguien?, ¿tengo algún interés en convencer de algo a alguien? He criticado siempre el paternalismo médico, he defendido el empoderamiento, que cada cual pueda acceder a toda la información para que pueda decidir libremente, entonces... ¿a qué viene ahora callarme y ocultar algo que puede servirle a quien quiera acceder a esta información para sacar sus propias conclusiones?

Cada vez que me han hecho una entrevista sobre el VPH siempre he puesto una condición: «no me saquéis el tema de la vacuna, porque es arduo explicarlo todo bien, si lo cuento a medias me van a malinterpretar y no quiero generar polémicas con un tema tan delicado». Ahora con todo lo que viene a continuación entenderéis por qué no es un tema que pueda hablarlo a la ligera.

En estos tiempos los discursos se polarizan demasiado y se malinterpretan a la mínima de cambio, más que razonar parece que caemos en juicios de valor, y si razonamos nos apegamos a la parte del razonamiento que nos interesa, exponemos los argumentos que nos dan la razón, en la ciencia pasa lo mismo.

Pero hay temas y temas. Y no sé por qué cuando se habla sobre vacunas en público es casi imposible hacerlo sin que algún sector de la población no quiera colgarte de un pino (sea cual sea tu opinión). Hay dos extremos: quienes apoyan absolutamente todas las vacunas, y quienes no apoyan ninguna (antivacunas), los primeros quieren protegerse de las enfermedades, los segundos de los efectos adversos de las vacunas, los primeros defienden a capa y espada el discurso oficial de las vacunas, los segundos están totalmente en contra, los primeros creen que los segundos están en un error y no son conscientes de las consecuencias de sus decisiones, los segundos piensan exactamente lo mismo de los primeros. Pero luego, dentro del mundo científico, la polarización de las posturas es tal, que llaman antivacunas a algunos científicos solo por el hecho de no estar a favor de alguna en concreto o solo por el simple hecho de tener ciertas discrepancias con el diseño metodológico de algún estudio. No tiene sentido, no estar a favor de una vacuna no te convierte en antivacunas (ni en *perroflauta* como dicen algunos despectivamente). Es triste esta forma de juzgar para desacreditar a profesionales que son intelectualmente honestos y rigurosos. Cuando se piensa de esta manera tan polarizada, se confunden los términos y se mezcla todo, porque una cosa es ser negacionista desde el pensamiento mítico irracional (desde la pseudociencia) y otra cosa diferente es disentir con el discurso científico oficial desde la racionalidad (desde la misma ciencia). Si realmente buscáramos la verdad, seríamos capaces de promover un debate científico respetuoso, aceptando la posibilidad de estar equivocados y no pasaría nada. Pero por algún motivo nos identificamos tanto con lo que pensamos que nos olvidamos de buscar la verdad y lo único que queremos es tener la razón a toda costa; y entonces, en este punto la racionalidad la apartamos a un lado y entramos en los juicios de valor para desacreditar a la otra parte. Ningún discurso científico debería estar contaminado por intereses ajenos al propio objeto de estudio, disentir es bueno siempre que se aporte una argumentación lógica (nada que ver con disentir asegurando que la Tierra es plana, por poner un ejemplo); es más, la refutabilidad va implícita en el saber científico, lo contrario a esto sería caer en esa razón instrumental de la que hablaban en la Escuela de Frankfurt en los años 40.

Antes de nada, aviso de algo importante: con el paso de los años seguramente tendría que cambiar este texto, porque a medida que pase el tiempo saldrán nuevos estudios que puedan cambiar las conclusiones actuales, o puede que la vacuna haya evolucionado y mejorado para bien, ¡quién sabe! Pero, aunque este escrito ya esté obsoleto cuando lo leáis, puede servir para reflexionar sobre cómo no es nada saludable para una sociedad silenciar la disidencia.

A partir de aquí comento cómo es la vacuna y qué inquietudes hay. Repito que no me posicionaré, solo transmitiré un resumen sencillo sobre lo que conozco hasta ahora. Comenzamos:

Existen tres tipos de vacunas contra el VPH. Ninguna cubre todos los serotipos que hay de este virus, sí los más frecuentes y que más capacidad oncogénica tienen. Todas ellas cubren los serotipos 16 y 18. Dos de ellas, además de incluir varios serotipos relacionados con el cáncer de cérvix, cubren también serotipos responsables de las verrugas (condilomas).

Tanto defensores como detractores dentro del debate científico están de acuerdo en el siguiente punto: la vacuna no sirve para tratar las lesiones que produce el virus una vez que estas aparecen. ¿En qué se basan los defensores que la recomiendan en pacientes que ya tienen lesiones producidas por el virus? Argumentan lo siguiente: si hay lesiones significa que hay susceptibilidad individual a que este virus produzca problemas en esta persona, por lo que si más adelante tuviera contacto con otro serotipo de los que cubre la vacuna (bien por protección directa o cruzada), en esta ocasión esta persona estaría protegida de volver a tener lesiones.

Hay muchos estudios publicados sobre la vacuna, pero no es lo mismo que utilicemos un estudio de elevada evidencia que otro de baja evidencia. Por eso lo primero que hay que hacer para formarnos una idea sobre este tema es centrarnos en los estudios de mayor evidencia científica disponibles. Como ya expliqué más detalladamente en *Hablemos de vaginas*, los estudios que están en el nivel más alto de evidencia científica son los metaanálisis bien diseñados (que son estudios con poblaciones muy grandes, ya que no es lo mismo un estudio con una muestra de 20 personas que otro con 20 000). Ahora bien, esto no significa que el resultado de un metaanálisis sea verdad absoluta, pues si más adelante aparece otro mejor diseñado con otras conclusiones, entonces serán estas las que consideraremos como válidas.

Para apoyar el uso de la vacuna tenemos el metaanálisis publicado en la prestigiosa biblioteca Cochrane titulado «Vacunación contra el VPH para la prevención del cáncer y los cambios precancerosos del cuello del útero» en mayo de 2018 (hoy en día podemos acceder a esta publicación a través de internet). En su conclusión cita textualmente lo siguiente:

«

Hay evidencia de certeza alta de que las vacunas contra el VPH protegen contra las lesiones premalignas de cuello uterino en las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes de 15 a 26 años de edad. La protección es menor cuando una parte de la población ya está infectada con el VPH. Se necesita un seguimiento a largo plazo para monitorizar la repercusión sobre el cáncer de cuello uterino. Las vacunas no incrementan el riesgo de eventos adversos graves, aborto o interrupción del embarazo. Los datos de los ensayos del efecto de las vacunas sobre las muertes, los mortinatos y los recién nacidos con malformaciones son limitados.

»

«

Aunque el número de muertes es bajo en general, hubo más muertes entre las mujeres mayores de 25 años que recibieron la vacuna. Se ha considerado que las muertes informadas en los estudios no están relacionadas con la vacuna (...). Se necesita un seguimiento a largo plazo para monitorizar la repercusión sobre el cáncer de cuello uterino, la aparición de daños poco frecuentes y los resultados del embarazo.

»

Y en el apartado de
«Conclusiones de los autores»
cita lo siguiente:

Como se puede leer claramente, lo que se ha demostrado en este metaanálisis según los propios autores es la disminución de lesiones premalignas en jóvenes, **en ningún momento se concluye que disminuya la incidencia ni la mortalidad por cáncer de cérvix**. Conociendo la evolución natural del virus, se entiende que no se puede dar ese salto y deducir que si bajas la incidencia de lesiones premalignas en edades tan jóvenes vayas a bajar la incidencia de cáncer de cérvix, y mucho menos la mortalidad, ¡menudo salto ese! ¿Y por qué no se puede dar este salto? Tengamos en cuenta lo siguiente:



- La mayoría de las lesiones premalignas en las jóvenes desaparecen espontáneamente, en cambio, en mujeres más mayores disminuye la probabilidad de regresión espontánea. Por otro lado, tampoco se sabe el tiempo que dura la inmunidad que da la vacuna. No se sabe si estamos haciendo una ventana de protección en unas edades tempranas (donde es más fácil eliminar las lesiones espontáneamente) y con ello, exponiéndonos al virus en otra franja de edad más avanzada donde la inmunidad propia ya no lo elimina tan fácilmente.
- A las mujeres que participaron en este metaanálisis se les hacía citologías... ¡cada 6 meses! Y... ¡en una franja de edad entre 15 y 26 años! Veamos... el motivo es por el que hoy no se hacen las citologías antes de los 25 años es porque materialmente no da tiempo a desarrollar un cáncer antes de esa edad (en mujeres sanas y sin compromiso severo en su sistema inmune), y porque muchas veces nos encontraríamos con lesiones que luego habrían revertido espontáneamente sin problema (lo que haríamos detectando estas lesiones sería generar ansiedad). Es decir, hacer las citologías tan precozmente serviría para dar más sustos que otra cosa, y no prevendría ningún cáncer. A la edad de 25 años, en el peor de los casos encontraríamos lesiones premalignas de alto grado, y el hecho de detectar antes las lesiones en su fase premaligna de bajo grado no aportaría ninguna ventaja en cuanto al pronóstico definitivo de la paciente. Evidentemente, si hacemos tantas citologías (cada 6 meses) en esta franja de edad (15-26 años) de mujeres sexualmente activas, claro que vamos a detectar muchísimas con lesiones premalignas de bajo grado que

jamás hubieran supuesto ningún problema ya que en el 90 % de los casos hubieran desaparecido sin más. Pero pongámonos en el peor de los casos, y a los 25 años nos encontramos con lesiones premalignas de alto grado, esta mujer no moriría por cáncer de cérvix, si fuera necesario se evitaría la evolución a cáncer con una conización. Por ello, el hecho de que la vacuna haya demostrado que disminuye la incidencia de lesiones premalignas en mujeres tan jóvenes, no es suficiente para dar ese salto y deducir que esto baje la incidencia de cáncer de cérvix, esto ya sería mucho hablar.

Además, hay algo que me impactó cuando salió este metaanálisis de la Cochrane a la luz y creo que hay que mencionarlo para que cada cual pueda investigarlo y sacar sus propias conclusiones. Un investigador muy reconocido por su intachable trayectoria, autor de multitud de revisiones sistemáticas y cofundador de la Cochrane, Peter Gøtzsche, elaboró un informe denunciando las irregularidades de aquel metaanálisis que apoyaba la vacuna del VPH. Él, junto con otros dos investigadores, publicó su crítica en el *British Medical Journal Evidence-Based Medicine*. En ella los autores denunciaban que se habían cometido las siguientes malas prácticas:



- Se habían excluido más de la mitad de los ensayos elegibles (sesgo de selección). Vamos a ver qué significa esto. Cuando se hace un metaanálisis de esta magnitud, se seleccionan muchos estudios pequeños, y con todos ellos se diseña este estudio mucho más grande al que llamamos metaanálisis, por lo que las conclusiones serán más sólidas porque analizas una población mucho más grande. Antes de empezar el metaanálisis, se hace una búsqueda de pequeños estudios que sean elegibles, esto es, que aunque sean pequeños tienen que estar bien diseñados (los mal diseñados se rechazan). Esos estudios elegibles se utilizan para hacer el metaanálisis. Evidentemente no se puede elegir cuál estudio elegible sí y cuál no quieres meter en el metaanálisis en función de tus intereses. De hacerlo así entonces cometemos lo que llamamos un sesgo de selección. En este caso, según Gøtzsche, se excluyeron más de la mitad de los ensayos elegibles, lo que significa que hay un sesgo de selección importante que puede cambiar por completo el resultado del metaanálisis.

- Denunciaron graves conflictos de interés de los autores con los fabricantes de la vacuna contra el VPH.
- En el estudio no incluyeron estudios comparativos con placebo. Veamos: cuando se estudian los efectos adversos de un fármaco se hace lo siguiente: se le pone el fármaco a un grupo de personas y al otro grupo se les pone un placebo (algo que no tenga ninguna sustancia) y ningún participante puede saber si lo que se le ha suministrado es el fármaco o un placebo. Luego comparan los efectos adversos que hay en cada grupo, si los efectos encontrados en cada grupo son similares entonces diremos que los efectos encontrados no se achacan al fármaco. Si se ven efectos adversos en el grupo que recibe el fármaco y no el otro que recibe placebo, entonces los efectos serían achacables al fármaco. En el caso de este estudio hicieron lo siguiente: en el grupo que supuestamente recibió el placebo, en lugar de ponerles algo sin sustancia (por ejemplo, suero), les inyectaron los excipientes de la vacuna u otras vacunas (excipientes como aluminio hidróxido o vacunas contra la de la hepatitis). Esto enmascara los posibles efectos de la vacuna, ya que muchos de estos efectos podrían deberse a los excipientes de esta; de esta forma los efectos desarrollados en cada grupo pueden ser superponibles, no detectando realmente la diferencia real que hay en cada grupo.
- Eliminaron referencias a efectos secundarios graves de la vacuna y hubo irregularidades en la farmacovigilancia.

¿Qué pasó después de todo esto? Que la Cochrane entró en una crisis de credibilidad. Finalmente, todo ello se saldó con la expulsión de Peter de la Cochrane. Quizás el problema tiene una complejidad mucho mayor, no sé cuál postura es la que más se acerca a la verdad. Pero lo que sucedió con este incidente deja mucho que desear en cuanto a credibilidad, ya que la verdadera ciencia es debate, es contrastar, argumentar, bajo mi punto de vista (equivocado o no), no se puede expulsar a una persona para silenciar sus argumentos, si creen que no tiene razón deberían rebatirle con argumentos, pero... ¿expulsarlo?

«

(...) Siento una admiración incondicional por Peter Gøtzsche. Peter es sin duda un gigante, uno de los más grandes científicos de nuestro tiempo y una de las voces más influyentes, impactantes y útiles para la medicina en general. Aprecio enormemente sus contribuciones. Creo que es el científico más reconocido y prominente que tiene Dinamarca en la actualidad. (...)

No estoy de acuerdo con Peter Gøtzsche en todo lo que dice y publica. Me he encontrado varias veces en el lado opuesto de múltiples argumentos. Sin embargo, creo que el respeto básico por el discurso científico requiere que no se elimine a los oponentes a través de maquinaciones administrativas. La expulsión de Peter daña la reputación de Dinamarca como país libre. Por el contrario, apoyarlo demostrará con fuerza que no todo está perdido para la dignidad humana.

»

Es digno de mencionar el discurso de John Ioannidis, uno de los científicos más destacados y citados en la literatura científica, este escribió una carta a la ministra de sanidad de Dinamarca en defensa de Peter Gøtzsche que refleja una gran honestidad intelectual y humildad:

No quiero decir con todo lo expuesto hasta aquí que esté a favor o en contra de la vacuna. Pero esto me inquieta, me frustra no saber la verdad, ¿por qué no pudieron hacer un debate abierto? ¿Acaso no hubiera sido enriquecedor poder conocer ambas posturas de forma abierta cada una con sus argumentos? Hoy en día (no sé si cuando leáis este texto seguirá todo igual, por eso digo «hoy») en internet podéis ver el metaanálisis de la Cochrane, también podéis encontrar todo lo que argumentó Peter Gøtzsche, sobre su expulsión, la carta de John Ioannidis, la respuesta de la Cochrane... buscadlo y sacad vuestras propias conclusiones.

La campaña de desprestigio que se hizo hacia estos científicos ha sido brutal, al buscar información en internet probablemente lo primero que te encuentres es todo ese descrédito que se ha construido sobre estos disidentes, pero id a las fuentes originales de toda la argumentación de ambos bandos, no a los juicios de valor que hacen desde páginas tendenciosas que asumen el discurso del poder sin más. La maquinaria del discurso oficial es un entramado muy poderoso, hoy día no te queman en una hoguera como en la Edad Media por tener otros argumentos, pero sí te pueden condenar al descrédito y al ostracismo. Y no digo que Peter tenga razón en su argumentación ¡qué voy a saber yo! pero como bien dijo John en su carta a la ministra un oponente dentro del debate científico no se le puede expulsar por maquinaciones administrativas.

Cuidado con la confusión entre términos absolutos y relativos

Otra cosa que me inquieta es la utilización de esta confusión entre términos absolutos y relativos. Se han publicado trabajos en los que se habla del éxito de la vacuna disminuyendo el riesgo de cáncer de cérvix. Luego te paras a mirar bien y te encuentras con que han utilizado para expresar los resultados términos relativos en lugar de absolutos. Y luego, cuando ves los valores absolutos te das un buen chasco porque nada es lo que parece. Si queréis saber realmente de qué os hablan cuando dan datos numéricos, pedid los datos siempre en términos absolutos y no en términos relativos. Voy a explicar la diferencia.

Pongamos un ejemplo para ver la diferencia entre el riesgo relativo y el riesgo absoluto.

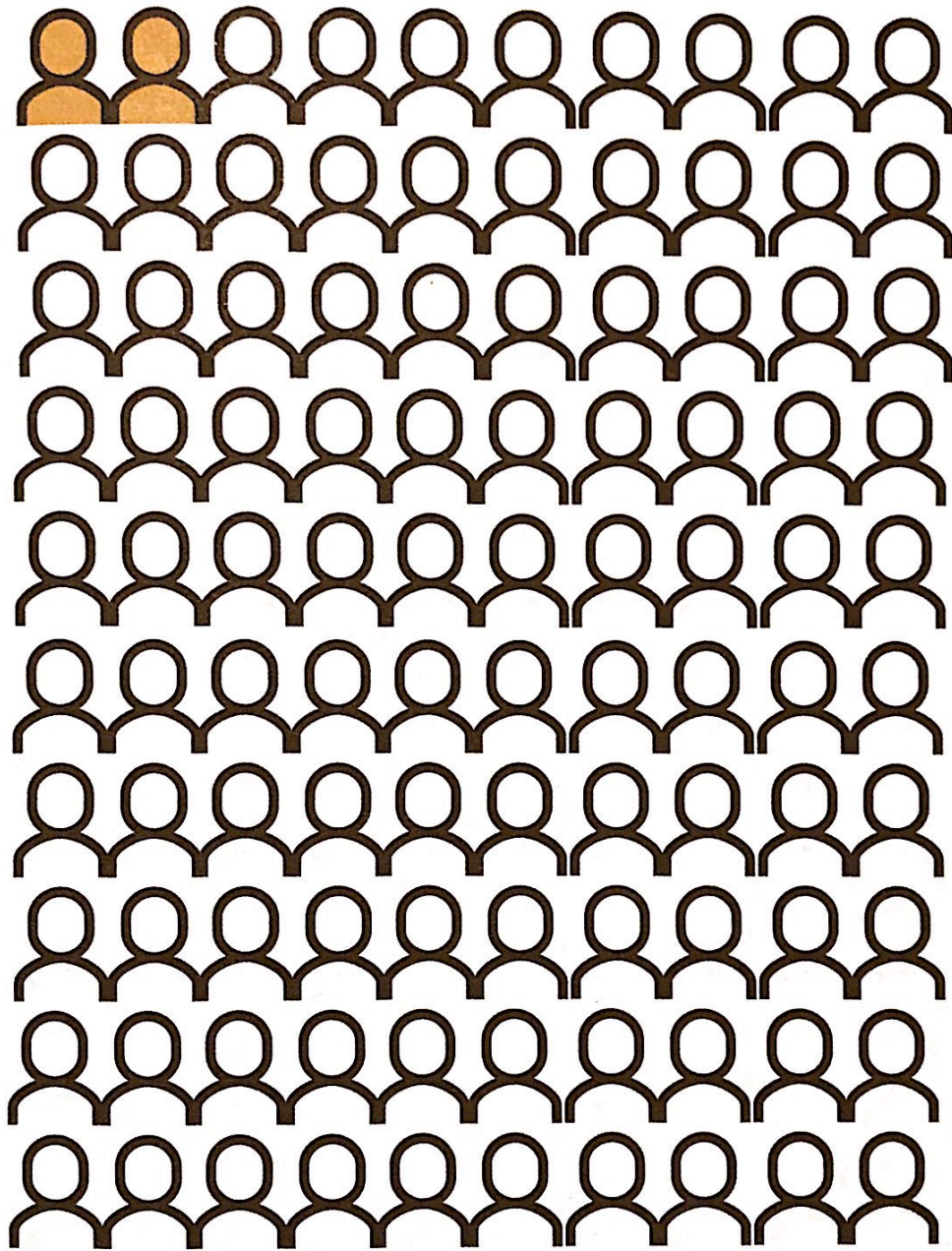
Imaginemos que investigo la eficacia de una vacuna para disminuir el riesgo de la enfermedad X. A 100 personas no le pongo la vacuna y a 100 personas sí se la pongo. Ahora supongamos que entre las 100 personas no vacunadas dos personas desarrollan la enfermedad, y entre las 100 vacunadas solo una persona la desarrolla, es decir, al poner la vacuna pasamos de dos personas enfermas pasamos a una. Fijaos lo diferente que podemos dar la información según sea en términos absolutos o relativos:



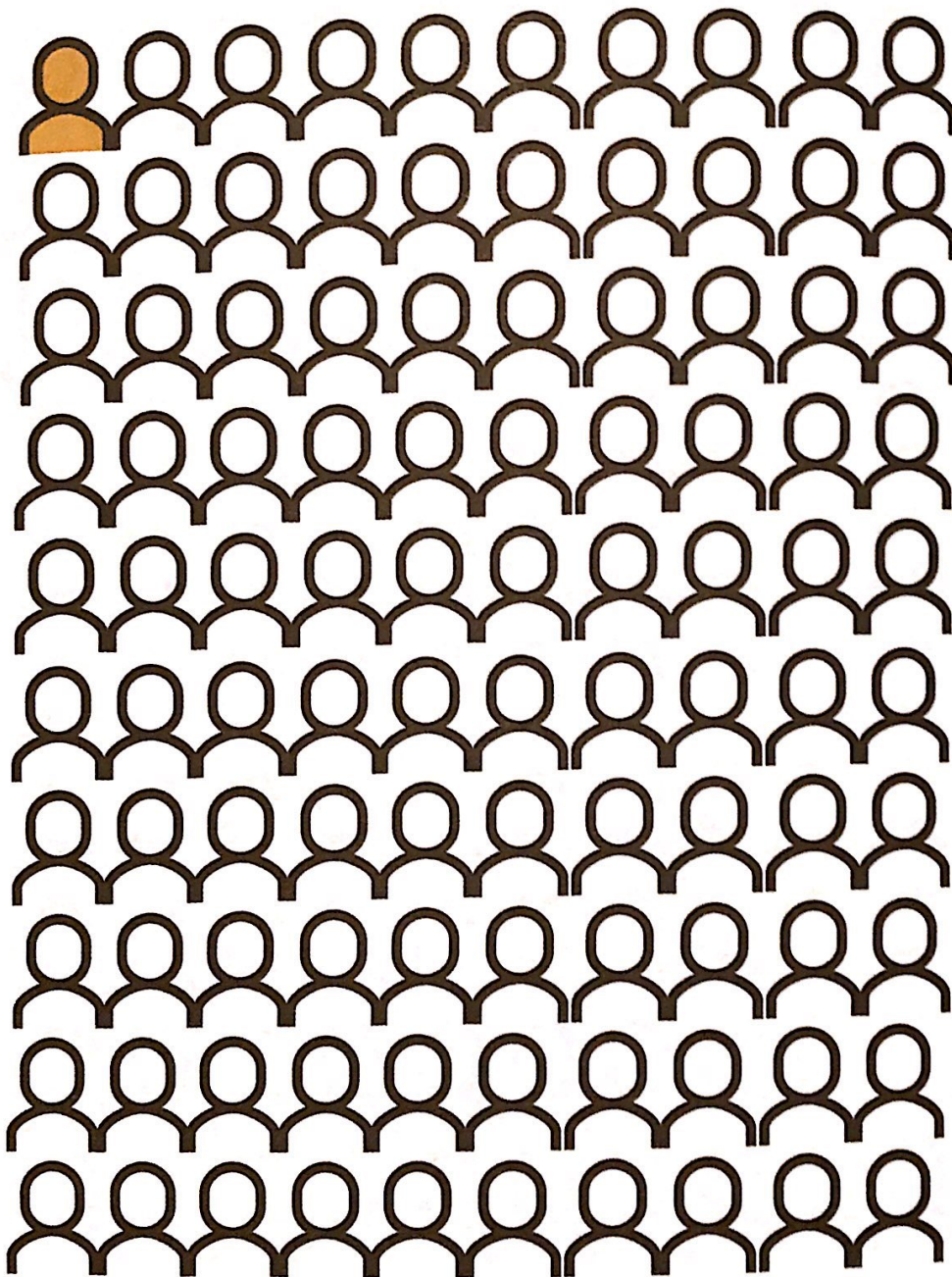
- El riesgo absoluto es el riesgo individual. En este caso la disminución del riesgo absoluto sería la disminución del riesgo individual de padecer la enfermedad al ponerte la vacuna. Como en el grupo de los 100 vacunados hay una persona menos enferma (de dos hemos pasado a una) diremos que a una persona de cada 100 vacunadas le evitamos la enfermedad, por lo que la disminución del riesgo absoluto es del 1 %.

- El riesgo relativo es el riesgo poblacional. En este caso comparamos las dos poblaciones de 100 personas cada una, y vemos que hemos pasado de 2 personas afectadas entre las no vacunadas a 1 persona afectada entre las vacunadas. Diríamos entonces que poblacionalmente hemos reducido a la mitad el número de personas afectadas (de dos a una, es decir, a la mitad), con lo que la disminución del riesgo relativo sería del 50 %.

Fijaos la diferencia tan enorme que hay si doy el resultado en términos absolutos o en términos relativos, no suena igual decir que disminuye el riesgo de enfermar en un 1 % en términos absolutos que en un 50 % en términos relativos.



Cien personas no vacunadas: dos enfermas.



Cien personas vacunadas: una enferma.

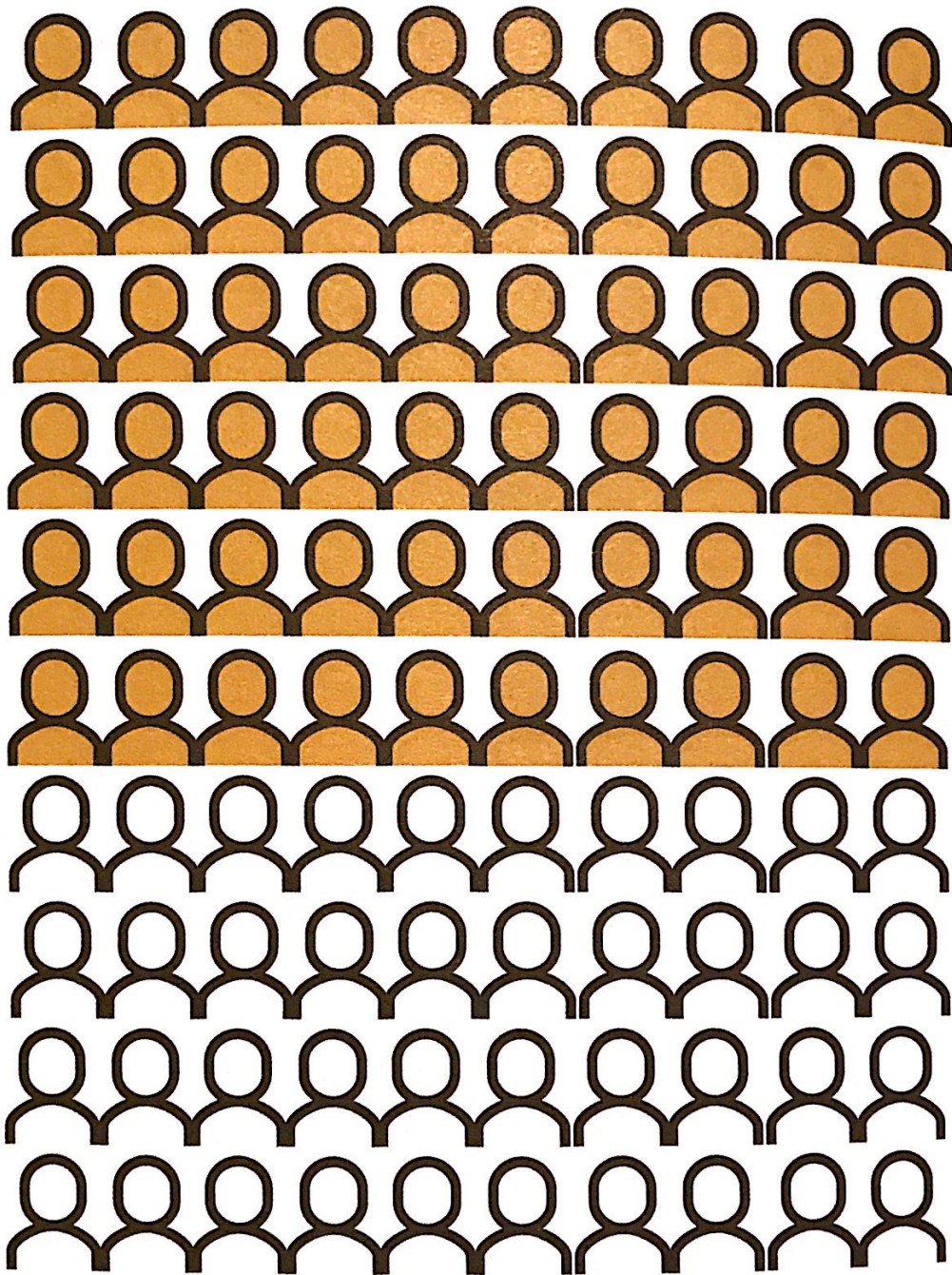
Términos relativos: disminución del riesgo en un 50 %

Términos absolutos: reducción del riesgo en un 1 %

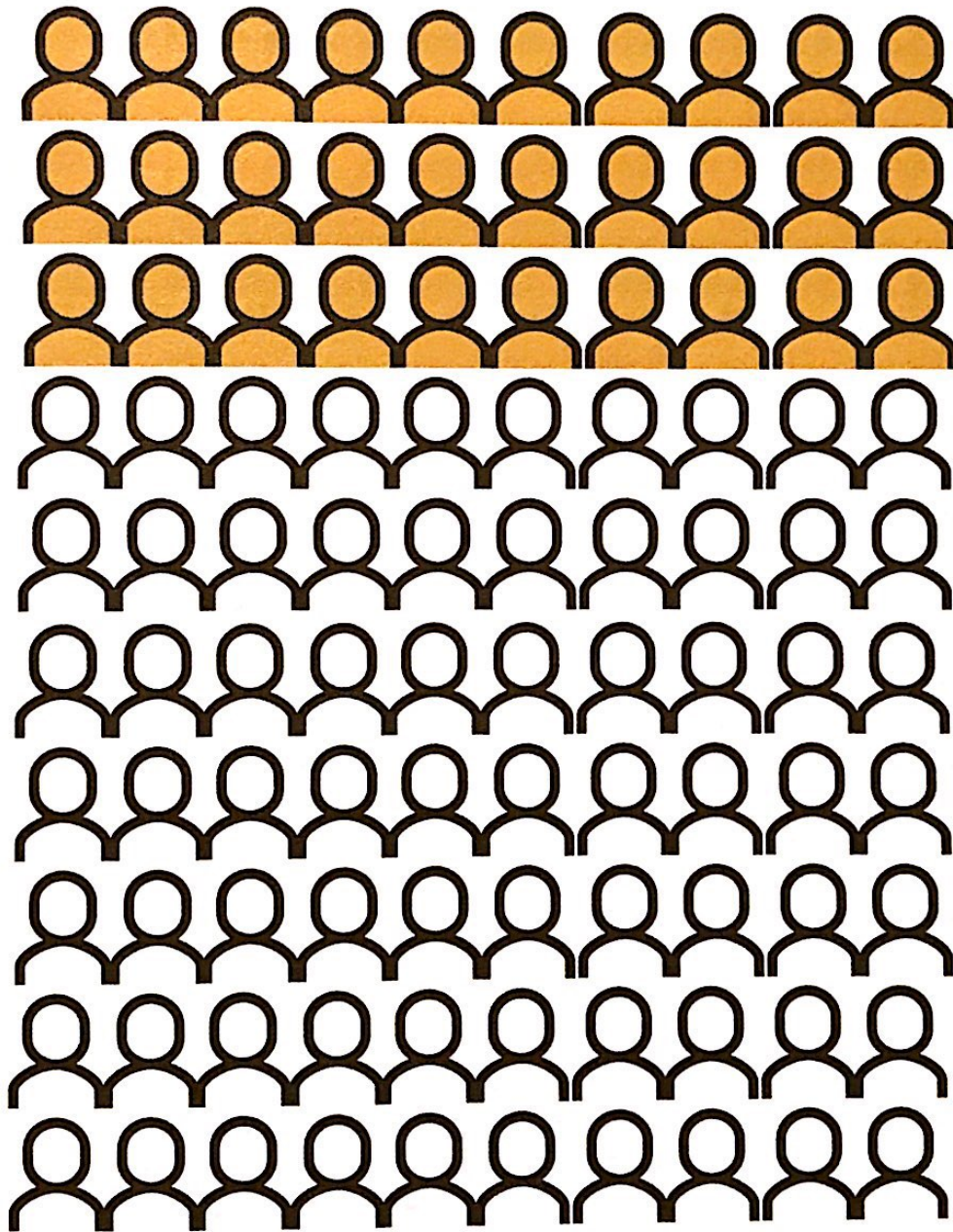
Ahora imaginemos que en lugar de dos afectados en el grupo no vacunado fueran 60, y en el de los vacunados fueran 30 los afectados. Al vacunar pasamos de 60 a 30 afectados, por lo que la vacuna ahorraría enfermar a 30 personas. Volvemos a decirlo en ambos términos:



- **Riesgo absoluto:** a nivel individual, la disminución del riesgo de enfermar al poner la vacuna sería del 30% (evitamos la enfermedad a 30 de cada 100).
- **Riesgo relativo:** a nivel poblacional, si pasamos de 60 a 30 estamos pasando a la mitad. Nuevamente la disminución del riesgo relativo es del 50 %, ¡igual que el ejemplo anterior! Pero en este caso, aunque el riesgo relativo es igual que el anterior, sin embargo, prevenimos mucho más (a un 30 % de las personas evitamos la enfermedad y no a el 1 % como en el anterior ejemplo). Nada que ver ese 50 % de riesgo relativo del primer caso que del segundo. Por lo tanto, para saber de qué hablamos es necesario hablar en riesgos absolutos y no relativos.



Cien personas no vacunadas: sesenta enfermas.



Cien personas vacunadas: treinta enfermas.
Disminución de riesgo: términos relativos: 50 %,
términos absolutos: 30 %.

Pongo ahora otro ejemplo: a un millón de personas las vacunamos y a otro millón no. Vemos que en las no vacunadas nos encontramos con dos personas enfermas, y en las vacunadas una. La probabilidad individual de que la vacuna me libre de enfermar será prácticamente cero, se puede ver a simple vista que no es significativa la diferencia de enfermos entre un grupo y el otro, podría ser simple casualidad. En cambio, si este resultado lo doy en forma de disminución de riesgo relativo diré que hay un 50 % de disminución de riesgo de padecer la enfermedad con la vacuna, porque en una población hay dos enfermos y en la otra la mitad: un enfermo ¡pero entre una población de un millón! Los riesgos relativos no indican el tamaño de la población de la que estamos hablando. Es como decir: vas a heredar el 10 por ciento del capital de un tío lejano que ha muerto sin descendencia. No nos dice nada ese 10 %, pues dependerá de qué capital que haya dejado, si el capital es de 100 euros voy a heredar 10 euros, si el capital es de un millón de euros heredaré 100.000 euros, en ambos casos heredo un 10 % (términos relativos) pero lo que me llevo en términos absolutos no tiene nada que ver en un caso y el otro.

¿Y por qué explico esto de los riesgos absolutos y relativos? Para que veáis estos otros argumentos aportados por otros profesionales que disienten con el discurso científico oficial:

Hubo un trabajo publicado a bombo y platillo sobre 60 millones de personas vacunadas en EE. UU. contra el VPH que se presentó como un éxito triunfal de la vacuna. Como bien denunció el médico y catedrático de salud pública, el Dr. Juan Gérvas, en un artículo para la organización *No Gracias*, este trabajo extrajo sus conclusiones utilizando los datos ¡en términos relativos! Al pasar los datos a términos absolutos el impacto de la vacuna es irrelevante. El Dr. Gérvas argumenta que la disminución de un 29 % de riesgo de cáncer de cérvix en vacunadas expresado en términos relativos da la falsa sensación de prevención, pues al traducirlo a términos absolutos la reducción de riesgo de cáncer de cérvix con la vacuna es de un 0,00024 %, es decir, si me pongo la vacuna disminuiré la probabilidad de tener cáncer de cérvix (que ni siquiera de muerte por cáncer de cérvix) en un 0,00024 %. Se han sacado muchas noticias en prensa sobre la protección que da esta vacuna, la mayoría de la gente no sabe que lo que están leyendo está en términos relativos, y ahí está el engaño, a veces la ciencia dice una cosa, y dependiendo de la forma como comunicamos los resultados podemos decir otra bien distinta. Y en temas de salud utilizando el miedo y las medias verdades podemos tener

una información completamente distorsionada y alejada de la verdad. Habrá quien diga que le compensa ponerse esa vacuna aunque solo sea por esa disminución de riesgo de cáncer de cérvix de un 0,00024 %, y me parece respetable lo que decida cada cual para sí, faltaría más. Pero una cosa es una decisión personal y otra es una estrategia de salud pública: ¿es válida esta estrategia? ¿Cuál es la balanza riesgos-beneficios? Difícil respuesta tienen estas preguntas, ya que no contamos con datos suficientes. En el siguiente punto hablaré de farmacovigilancia y de la red CAPS.

La red CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios), dirigida por la endocrinóloga Carme Valls Llobet, se hizo eco de las bases de datos actualizadas que hay en varios países, entre ellos la NORDCAN (que agrupa a varios países nórdicos), donde se ha detectado un aumento de incidencia de cáncer de cérvix y un avance en la edad de aparición ¡tras la introducción de la vacuna! Hay sobre la mesa muchas teorías (unas que achacan este aumento a la vacuna y otras que no). Lo que está claro es que se necesita más investigación para aclarar esto. La red CAPS elaboró un informe y recogida de firmas solicitando acciones urgentes en 2007 y nuevamente otro en 2019. Entre las acciones urgentes solicitan a las autoridades españolas el acceso a los datos actualizados de la situación del cáncer de cérvix en España estudiando las tendencias globales y específicas por edad en los últimos 20 años. También solicitan lo siguiente: hacer una investigación rigurosa e independiente de todas las sospechas de reacciones adversas a la vacuna, informar a los profesionales del sistema sanitario y sociedades profesionales sobre las dudas actuales en relación con la seguridad y la supuesta eficacia de la vacuna (incluyendo el aumento de cáncer de cérvix detectada en países de nuestro entorno), informar a las familias sobre los riesgos para que puedan tomar decisiones libres e informadas. Si queréis investigar más a fondo sobre estos documentos de la red CAPS, tanto el informe el de 2007 como el de 2019 y su extensa argumentación (aportan muchos datos muy interesantes) están publicados en internet, el último de ellos bajo el siguiente título: «El aumento de la incidencia del cáncer de cuello uterino, la vacunación contra el VPH y los programas de detección precoz con la citología».

Entonces... ¿vacuna contra el VPH sí o no?

Muchas mujeres me lo preguntan activamente esperando un sí o un no. Honestamente, no puedo responder un blanco o negro tajante después de conocer toda esta información que me inquieta, si yo no sé la verdad, entonces... ¿cómo voy a responder como si la poseyera?

Soy consciente de que estar con el discurso oficial me protege, decir un Sí sin más sería más seguro para salvaguardar la credibilidad como profesional, y si alguien tuviera un efecto adverso o no le sirviera para nada a mí no me pasaría nada, pues estar en consonancia con la OMS y las sociedades científicas juega a mi favor. Pero no puedo evitar el dilema que se me plantea, no me siento cómoda cuando me preguntan «¿me aconsejas la vacuna?», porque no me gusta generar polémica ni inseguridad, si ni siquiera yo misma estoy segura de mis conclusiones (que no diré cuáles son). Puedo asumir mi incertidumbre y mi responsabilidad para decidir qué hago con mi cuerpo, pero otra cosa es hacerlo con una persona que deposita su confianza en mí.

Para evitarnos problemas en nuestra profesión están los protocolos médicos, si nos limitamos a aplicarlos sin más esto nos protege legalmente. Si con el tiempo se demostrara que ese protocolo no es correcto no nos pasa nada, no asumimos el error a título personal, porque están avalados por sociedades científicas. Lo esperable sería que yo aplicara el protocolo establecido y recomendara sin más la vacuna, pero luego me pregunto «¿no es injusto para la paciente que yo no le cuente toda la información (de todas las posturas científicas) para que pueda tomar sus propias decisiones?». En una ocasión un colega me dijo «pero tú eres la profesional, y como tal tienes que cumplir los protocolos de las sociedades científicas, salirte de eso es una irresponsabilidad», esto me dejó pensando mucho, ¿hasta qué punto es mi responsabilidad asumir todo lo establecido sin rechistar y sin mirar más allá? Quizás sufro demasiado por ser extremadamente inquieta, me gusta analizarlo todo, estudiarlo todo, siempre quiero ir más allá de la superficie cuando investigo sobre algún tema que me preocupa, me apasiona cuando se abre una nueva puerta y puedo aprender más. Si fuera menos inquieta me ahorraría muchos dilemas, pero es que no puedo evitarlo, soy así. Después de mucho pensar sobre mi responsabilidad, creo que, si en algo tengo dudas, lo más honesto es reconocerlo abiertamente, la paciente que se sienta frente a mí no se merece que yo la trate como una niña pequeña que no se le pueda informar para que tome sus decisiones libremente.

También es cierto que hay personas que no quieren esa responsabilidad de tomar sus decisiones libres e informadas, ¡jojo! Esto también es muy respetable. Por eso la Medicina es todo un arte, porque no solo tienes que armar un puzle para llegar al diagnóstico, sino porque ante dos diagnósticos idénticos te encuentras a dos personas diferentes, y esto hace que los enfoques médicos puedan ser completamente distintos. Normalmente la persona suele dejar

claro lo cómo quiere que sea la atención médica, se suele captar en la conversación inicial. Cuando una paciente quiere que yo como profesional lo decida todo, intento hacerlo lo mejor posible y sin salirme de los protocolos; en cambio, otras prefieren otra atención en las antípodas de lo que sería un paternalismo médico. En el segundo caso explico bien todas las opciones posibles para que una vez informada tome su decisión. Para mí el único problema se me plantea cuando una persona no sabe lo que quiere y pide milagros, es decir, cuando no se responsabiliza de absolutamente nada pero que a su vez lo exige absolutamente todo, algo así como «dame una pastillita milagrosa que me quite todos los males, tú como profesional deberías saber solucionarme este problema» y al mismo tiempo no ponen nada de su parte ni se cuidan ni quieren saber nada.

A nivel individual cualquier decisión personal es siempre válida, optes por un tratamiento/enfoque u otro, ya sea tu decisión por una motivación u otra, cada cual busca el camino que le da más seguridad. Lo que no me parece válido es que a nivel de estrategia de salud pública no exista más transparencia en casos como el que nos ocupa, y que finalmente las decisiones se basen en el miedo y no en el conocimiento profundo de las cosas. Es cierto que la maquinaria del poder político y económico utiliza argumentos que de entrada son totalmente creíbles, que se apoyan en decenas de sociedades científicas y utilizan cientos de artículos científicos. Y no digo que no sean válidos sus argumentos. Pero están fallando muchas cosas que bajo mi punto de vista lo enturbian todo: se dan mensajes como si se trataran de verdades absolutas, se castiga el disenso, se permite la utilización sesgada de datos para servir a ciertos intereses, y para más inri, el poder decide qué es verdad y qué es mentira y para ello tiene a su favor a los medios de información -con sus múltiples trucos dialécticos y el uso de fuentes tendenciosas que sirven a los intereses del poder-. Por eso el debate respetuoso no tiene cabida en este escenario donde la disidencia se silencia y/o castiga, donde a grandes profesionales con argumentos científicos (tan válidos como los de sus adversarios) se les hace campañas de descrédito por no comulgar con el discurso único. Qué empobrecedor es que todo lo que no está alineado con lo establecido sea condenado al ostracismo, es como un David contra Goliat donde siempre triunfa la autoridad. Acordémonos del experimento Milgram (1963), que demostró hasta qué punto creemos y confiamos ciegamente en la autoridad y cómo obedecemos órdenes aun cuando estas están en conflicto con nuestra conciencia personal.

Como decía Erich Fromm: los seres humanos tenemos miedo a la libertad, es mejor dejar que la autoridad decida por nosotros y no tener la responsabilidad de tomar nuestras decisiones. Y ya lo sintetizó antes Kant con solo tres pala-

bras: «atrévete a pensar», con esta frase aludía al hecho de que cuando el ser humano llega a la mayoría de edad tiene valor para disponer de su propio entendimiento y atreverse a saber y pensar por sí mismo; tomar esta responsabilidad siempre ha sido un desafío.

Una población miedosa y que no se atreve a pensar es fácil de manipular ¿será por eso por lo que Filosofía y Humanidades están de capa caída en estos tiempos?

• Vale, doctora. Entonces ¿me pongo la vacuna o no?



• Atrévete a pensar por ti misma, no tengas miedo a ejercer tu responsabilidad de informarte y decidir libremente. Después, haz lo que hagas (te la pongas o no), estará perfecto, porque es tu cuerpo y es tu decisión. Y con o sin vacuna, no olvides lo más importante: cuidate y ámate tanto para que nada ni nadie (ni siquiera tú misma) pueda hacerte daño. ;)

En toda decisión se asumen una serie de riesgos y de beneficios. Personalmente conozco víctimas de los dos bandos. Mujeres que no se vacunaron y tuvieron un cáncer de cérvix (también es cierto que la mayoría de ellas no hacían sus citologías periódicas, ¿se habría evitado el cáncer si se hubieran vacunado? no lo sé, lo que sí sé que con las citologías periódicas se hubieran evitado en la mayoría de los casos), mujeres que tuvieron efectos adversos de la vacuna (también es cierto que la mayoría de ellas no graves, y en algún caso aislado con efecto adverso más grave se le ha dicho que no tiene nada que ver con la vacuna, que es coincidencia, no sé si esto es así). No me gusta que se utilicen a las víctimas para concienciar a la población con discursos paternalistas, me da igual el bando. He visto a profesionales hablando de un caso aislado tocando la fibra sensible para defender una postura. Lo que sería esto tan de moda que llamamos posverdad. Esa distorsión de la realidad para manipular creencias y emociones para influir en la opinión pública, casualmente la posverdad que cala en la población suele ser la que apoya la vía más medicalizadora «Fulanita tuvo un cáncer de cérvix, se me rompió el corazón cuando con tristeza me dijo: ¿por qué nadie me habló nunca de la vacuna? por eso lucho cada día, por gente como ella, para que nadie se quede sin vacunar, ¡qué irresponsables los que no se vacunan!». La posverdad está de moda para juzgar las decisiones ajenas. En cambio, a las otras víctimas, las que tuvieron efectos adversos por una vacuna, cuando hablan públicamente de lo que les pasó, rápidamente se les tacha de locas, que

eso es casualidad o que son antivacunas. Pero ¿cómo va a ser antivacunas una persona que se puso una vacuna? Eso sí, no se te ocurra decir que aquella que no se puso la vacuna puede que poniéndosela quizás no se hubiera evitado su cáncer. Y bueno, no falta quien apele a la culpa «Fulanita tuvo un cáncer porque no le dio la gana vacunarse, vaya loca». Creo que deberíamos ser más respetuosos con las víctimas de ambos lados, con las personas que sufren tanto si optaron por una decisión u otra, no seamos prepotentes, ni condescendientes, ¡no sabemos nada! no sabemos qué hubiera pasado si se hubiera optado por la decisión contraria, no se trata de buscar culpables ni de utilizar a las víctimas enarbolando discursos moralistas de lo que debe ser, y da igual si hablamos de un bando u otro, la posverdad no debería tener cabida nunca.

MÁS ALLÁ DE LA ITS. LA CULPA, LA VERGÜENZA, EL MIEDO

A pesar de lo frecuentes que son las ITS, el hecho de ser infecciones relacionadas con el sexo, con frecuencia generan un sufrimiento extra en muchas personas donde, se mezclan el miedo, la culpa y la vergüenza. De ahí que una vez tenemos el diagnóstico se hace muy necesario conocer bien qué se padece para saber cómo cuidarse y por supuesto eliminar toda la carga de tabú o estigma, teniendo una mirada autocompasiva para no hacernos más daño. Cuánto daño hace pensar «¿y por qué a mí? Yo no merezco esto, por culpa de Fulanito, ¿y ahora qué? ¿quién me va a querer así?» ... Es normal tener este shock inicial, sobre todo cuando no sabemos a qué nos enfrentamos, pero permanecer en este discurso solo aporta más estrés y más sufrimiento. Por eso, en primer lugar, hay que salir del tabú y el discurso que nos hace daño. Cuando te enfrentas a un diagnóstico así, no busques culpables, y mucho menos te culpes, solo toma la responsabilidad de cuidarte y cuidar tus relaciones para no dañar a terceras personas, y cuida no solo los aspectos físicos (tratamiento, buenos hábitos para mejorar la inmunidad) sino también cuida tus emociones, no tienes nada de qué avergonzarte y ni mucho menos sentirte sucia ni estigmatizada, percíbete con el amor que te mereces y repítete como un mantra «tomo la responsabilidad que me corresponde en esto, me cuido, me amo, cuido mi cuerpo y mis emociones, merezco ser feliz y esto está en mi mano».

Cuando algo va mal no se trata de buscar culpables, sino de tomar la responsabilidad que tienes en el proceso que te ha tocado vivir. Quiérete bien y no te hagas daño, nada daña más que autopercibirnos sin amor, ¡no seas tu mayor enemiga!