

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA

Departamento de Lógica y Filosofía de la Ciencia



**VALORES COGNITIVOS Y CONTEXTUALES EN
PERIODO DE CIENCIA NORMAL. LA MEDICINA
CLÍNICA**

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR POR**

María Concepción Pérez Sedeño

Bajo la dirección de la Doctora:

Eulalia Pérez Sedeño

Madrid, 2003

ISBN: 84-669-1879-5

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA

***VALORES CONTEXTUALES EN PERÍODO DE CIENCIA NORMAL. LA
MEDICINA DEL SIGLO XX.***

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

María Concepción Pérez Sedeño

Dirigida por:

Eulalia Pérez Sedeño.

Agradecimientos.

En primer lugar debo reconocimiento y gratitud a Eulalia Pérez Sedeño, directora de esta tesis, con quien he mantenido innumerables discusiones que me han servido de estímulo para progresar en la investigación. También doy las gracias a las personas que cito a continuación: a Carmen Mataix que me ha dedicado su valioso tiempo leyendo partes de este trabajo en una etapa inicial de su elaboración y cuyas sugerencias me resultaron muy valiosas; a Susana Mataix, por su apoyo y haberme transmitido un entusiasmo que me ha permitido superar muchas de las dificultades con las que me encontrado. Muy especialmente quiero agradecer a Carmen Pino su ayuda para contactar con algunos especialistas médicos con los que he podido discutir algunas cuestiones relacionadas con la metodología de la investigación. Carmen Pérez Sedeño me proporcionó importantes materiales. José Antonio López Cerezo puso a mi disposición ciertas publicaciones difíciles de conseguir relacionadas con la investigación del riesgo asociado a las nuevas tecnologías. También agradezco a Pilar Pérez Sedeño que siempre haya estado dispuesta a ayudarme respondiendo a mis numerosas consultas y por haberme proporcionado informaciones muy valiosas relacionadas con el área de la farmacología. La ayuda técnica de Ana Cueto ha sido inestimable.

Y de manera muy especial mi más profundo agradecimiento a Derek Ive porque siempre y en todo momento me ha apoyado de tantas formas que son difíciles de enumerar.

Índice

Introducción.

Parte I. LA CONCEPCIÓN IDEOLÓGICA DE LA FEMINIDAD EN EL DISCURSO CIENTÍFICO DE LOS SIGLOS XVIII Y XIX.

Capítulo 1. Ideología y funciones reproductivas.

1. Introducción.	25
2. Control de la reproducción en el sistema de género.	26
3. Mente y sexualidad femenina.	27
4. Las malformaciones congénitas en la sociedad británica moderna.	36
5. La controversia médica sobre el poder de la imaginación maternal.	39
5. 1. Conocimientos sobre la mente y los procesos reproductivos.	44
5. 2. La naturaleza del debate.	48
5. 3. Invisibilidad de supuestos compartidos.	53
6. La valoración de la mujer en las ciencias biomédicas.	56

Capítulo 2. El concepto científico de naturaleza femenina.

1. Introducción.	59
2. Liberalismo y derechos democráticos.	61
3. La discriminación social de la mujer.	63
4. Reorganización del sistema de conocimientos.	65
4.1. El nuevo enfoque de la ciencia.	66
4.2. Visión darwinista de las diferencias sexuales.	67
5. La explicación científica de las diferencias humanas.	69
6. El discurso médicos sobre la feminidad.	72
6.1. El proceso de formación de las especialidades médicas.	72
6.2. Los orígenes de la ginecología.	74

6.3. La ciencia de la mujer.	80
6.4. La naturaleza femenina.	84
7. Problemas derivados de la interpretación esencialista del dimorfismo sexual humano.	91
8. La tendencia femenina al desequilibrio mental.	96
8.1. Psiquiatría decimonónica.	97
8.1.1. <i>La debilidad moral de la mujer.</i>	104
8.1.2. <i>Inferioridad evolutiva femenina y psicología inestable.</i>	106
8.1.3. <i>Reivindicación de derechos y diagnóstico de psicopatologías.</i>	110
9. Conclusión.	113

Parte II. VALORES Y CREENCIAS EN LA MEDICINA DEL SIGLO XX.

Capítulo 3: Problemas epistémicos en la investigación médica.

1. Introducción.	117
2. Ginecología y andrología.	119
3. Delimitación y selección de problemas de salud femenina.	121
4. Enfermedades de causa desconocida.	122
5. El concepto médico de feminidad y la elaboración de hipótesis.	124
6. Problemas metodológicos.	132
6.1. Descripción de la enfermedad desde una perspectiva androcéntrica.	133
6.2. Recogida incompleta de datos.	134
6.3. Diseños experimentales defectuosos.	135
6.4. Tratamientos quirúrgicos inadecuados.	138
7. Conclusión.	
La permanencia de supuestos impregnados de valores.	139

Capítulo 4: Problemas conceptuales generados por el modelo médico de salud femenina.

1. Introducción.	143
2. El concepto médico de salud femenina.	145
3. La infertilidad como anomalía.	147
4. Insuficiente delimitación entre fisiología y patología.	153
5. La normalidad biológica causa de patologías.	161
6. La etiología concebida como terapéutica.	170
7. Funciones reproductivas y sexualidad femenina.	174
8. Noción médica de feminidad y terapia anticonceptiva.	179
8.1. Valores sociales y control de la fertilidad.	179
8.2. Anticoncepción y medicina.	181
8.3. Evaluación de la terapia medicamentosa.	183
8.3.1. Problemas en torno a la objetividad.	187
8.4. Riesgos asociados al uso de los anticonceptivos orales.	190
8.4.1. Los estudios realizados en la fase experimental.	191
8.4.2. Investigaciones posteriores a la comercialización.	193
8.5. Prescripción médica de la terapia anticonceptiva.	196
8.6. La salud concebida como ausencia de enfermedad.	208
8.7. Anticonceptivos y modelo de salud femenina.	210
9. Conclusiones.	211

Capítulo 5. La psicología femenina como concepto explicativo de patologías.

1. Introducción.	213
2. La medicina psicosomática.	
Una trasgresión temporal de los límites del paradigma.	214
3. Ideología masculina en la práctica clínica.	216
4. El modelo de psicología femenina.	220
5. Creencias y valores en ginecología.	221
6. La mente generadora de síntomas. El dolor.	224
6.1. Problemas en torno a la subjetividad del síntoma.	225
6.2. La representación de la experiencia femenina	

del dolor en el discurso masculino.	226
6.3. Consecuencias epistémicas en medicina.	228
7. Psicogénesis de otros síntomas.	242
8. El sistema reproductivo generador de alteraciones psicológicas.	248
9. Factores psicológicos y enfermedades padecidas mayoritariamente por mujeres.	263
10. Conclusiones.	270
Consideraciones finales.	274
Bibliografía.	300

Introducción.

Durante la segunda mitad del siglo XX se produjo en el ámbito de las reflexiones metacientíficas una reacción académica frente a la hegemonía del positivismo lógico, cuyo detonante puede considerarse la obra T.S.Kuhn [1962]. Desde entonces, historiadoras/es, sociólogas/os y filósofas/os de la ciencia han puesto de relieve la forma en que ciertos factores sociales intervienen en el desarrollo del conocimiento científico.

En el marco general del debate producido acerca del papel que juegan los valores contextuales en la ciencia se ha constituido una forma de reflexión centrada en el *género*. El nuevo sentido de este término fue propuesto por diversos autores de los años setenta. Por ejemplo, la antropóloga Sherry Ortner, en un artículo publicado en 1975, planteó la necesidad de distinguir entre *sexo biológico*, entendido como condición natural e innata de las personas que no puede ser cambiada, y "género" que es el valor y la significación social atribuida al sexo de los individuos.

Utilizando el concepto de género, el feminismo de los años setenta del siglo XX sostenía que la noción de naturaleza femenina era un modelo socialmente construido e impuesto a las mujeres a través de una serie de lecciones sociales. Consideraba que la biología era una característica secundaria sólo relevante para indicar la dirección que marcaría el proceso de socialización. De esta forma mantenía que ser hombre o mujer consistía en adoptar roles sociales y ponía de relieve la igualdad fundamental de todos los seres humanos eliminando, al menos en el plano teórico, la justificación de la desigualdad cuyo fundamento se había colocado en las diferencias sexuales.

En este discurso se prescindía de la biología porque en ella se había colocado el fundamento de la subordinación de las mujeres y el género se entendía como un concepto unificador de las experiencias femeninas. Sin embargo, esta categoría también provocaba importantes problemas. Porque por su carácter relacional, que conectaba la posición de los individuos en la sociedad con su sexo biológico, el núcleo de su significado era social y contenía elementos

culturales.

En la década de los ochenta, se pusieron de relieve estas dificultades dentro del propio movimiento de liberación femenina. Desde colectivos de muy diversa procedencia tales como lesbianas, mujeres de clase obrera, discapacitadas y ciudadanas de países del Tercer Mundo se criticó la afirmación feminista de que todas las mujeres estaban unificadas por la vivencia de la opresión masculina y de que esta experiencia común fuera la base sobre la que se construía la idea de *mujer universal*. Se ponía en tela de juicio que hubiera una identidad de género y, calificando de eurocéntrica la posición feminista occidental, se negaba que todas las mujeres pudieran representarse como miembros de un solo y oprimido grupo.¹ Se llamaba la atención sobre los peligros que tenían las inexactas e inadecuadas generalizaciones, subrayándose la importancia y la necesidad de oír muchas y diferentes voces femeninas. Según esta postura, el género, al ser una categoría de naturaleza social que había sido elaborada por las mujeres occidentales blancas de clase media, no podía tener validez general.²

Estas críticas fueron el germen de una controversia académica que se fue generando en torno al significado que tiene lo biológico y lo social en el concepto de naturaleza femenina. En los años finales de la década de los ochenta, importantes sectores del movimiento feminista abandonaron la noción de género y, desde posiciones biologicistas, defendieron que hombres y mujeres poseían diferentes naturalezas que determinaban su comportamiento. Esta posición no tardó en provocar nuevas reacciones que se plasmaron en una serie de publicaciones en las que se cuestionaba la innata primacía del cuerpo. En ellas se rechazaba que el sexo existiera como algo dado, afirmándose que estaba producido por el género y no al contrario. Este enfoque que surgió dentro de la teoría post-estructuralista feminista, mantenía que en los humanos el sexo no es algo natural sino que ha sido configurado de forma histórica y discursiva.³

¹ Humm, M. [1992]; Lovell, T. [1990]; McDowell, L. and Pringle, R. [1992].

² Barret, M. y Phillips, A. [1992]; Braidotti, R. et al., [1994] Mohanty, C. et al., [1991]; Nicholson, L. (ed.) [1991].

³ Para una revisión de estos temas a debate véase Caddick, A. [1986]. Este enfoque no es exclusivamente feminista y autores como Laqueur, T. [1986] también consideran que el sexo es

En los años noventa el debate sobre la naturaleza femenina se instaló definitivamente en torno a la significación que en ella tiene el cuerpo, entidad que quedó convertida en objeto de discusión teórica. Las diversas posiciones se han situado a lo largo de un continuo distribuido entre dos posturas extremas. En un lado, una de ellas mantiene que la singularidad de las mujeres radica en la forma específica en que experimentan su corporeidad. Esta posición biologicista centra su atención en el papel que tienen dentro del proceso de reproducción de la especie y dota al cuerpo de tal relevancia que lo constituye en la esencia de la feminidad. Desde ella se afirma que ser mujer consiste en vivir en un cuerpo femenino con el que se ha nacido y estar determinada por la experiencia de la menstruación, embarazos, partos, lactancia o menopausia. Subraya que estas vivencias que comparten todas las mujeres de las diferentes culturas, deben ser aceptadas, disfrutadas y consideradas valiosas. En el otro extremo se encuentra la posición que, acorde con ciertos planteamientos de la post-modernidad, entiende la categoría *mujer* como producto de un discurso culturalmente variable y considera que el cuerpo femenino es una construcción de significados sociales. Desde ella se niega que exista el universal *las mujeres* porque son muchas, diferentes y sus experiencias fragmentadas de modo que no pueden ser definidas y solo es posible comprenderlas desde las diferentes culturas, clases y subjetividades.⁴

Así pues, en la segunda mitad del siglo XX las mujeres, además de seguir luchando por la igualdad como en épocas anteriores de su historia, también se han ocupado de teorizar sobre sí mismas. El discurso feminista, si bien se ha expresado con variadas y en ocasiones discrepantes voces, tiene una característica fundamental, a saber, que ya no se realiza desde la perspectiva masculina. En las investigaciones feministas las mujeres han dejado de ser exclusivamente objetos de conocimiento y han pasado a ser también sujetos cognoscentes, es decir, productoras de teoría.

una construcción cultural.

⁴ De esta forma el proyecto feminista ilustrado de justicia y libertad igualitaria queda cuestionado pues se considera que los diferentes grupos de mujeres tienen intereses radicalmente distintos. Esto ha conducido en algunas partes del mundo a una parálisis política. Maynard, M. y Purvis, J. [1994]; Ramazanoglou, C. [1993].

El origen de los estudios académicos feministas se remonta a la mitad de la década de los sesenta, cuando comenzaron a impartirse cursos de forma inconexa en algunas universidades norteamericanas. Con los años y superando numerosas dificultades, se multiplicaron y fueron convirtiéndose en programas que formaban parte de una nueva empresa intelectual y educativa que resulta difícil de definir de forma unitaria. No obstante, de ella se puede decir que ha adoptado una perspectiva en la que se rechazan muchas de las formas tradicionales de investigación, conceptos y sistemas explicativos, y ha ido desarrollando su propio sistema conceptual y delimitando sus áreas de investigación.

En los estudios feministas se ha analizado la naturaleza de la subordinación femenina buscando sus raíces históricas y analizando la forma en que se ha perpetuado incluso en los países democráticos. Aunque en ellos se ha conseguido, no sin esfuerzo, la igualdad ante la ley de hombres y mujeres, no significa que de hecho, hayan desaparecido las diferencias de género. Es de sobra conocido que las mujeres, como grupo, controlan una mínima parte de los sistemas de producción, y realizan de forma gratuita las tareas domésticas. Además, cuando tienen empleos remunerados reciben por los mismos trabajos salarios más bajos que los varones, tienen que trabajar jornadas dobles debido a que los roles de género les obligan a responsabilizarse de las tareas en el hogar, el cuidado de los niños, ancianos y enfermos. También trabajan más en empleos temporales, intensivos o que tienen riesgos específicos que no son estudiados, y la tasa de paro femenino es mayor que la de los varones.⁵

Esta discriminación material se sustenta y refuerza por medio de un discurso que desprestigia lo femenino y se expresa en un conjunto de creencias que conectan la posición social subordinada de la mujer, con una supuesta inferioridad.⁶ En él, la mujer aparece dotada de una serie de características que entran en conflicto. Por un lado, al ser valoradas socialmente por su papel dentro

⁵ Doyal, L. y Gough, I. [1991]. *La mujer en cifras*. Instituto de la mujer [2002].

⁶ En un mundo definido por los hombres y para los hombres, las mujeres son "el otro". De Beauvoir, S. [1949]. La devaluación que la cultura occidental ha realizado de la mujer está extensamente documentada. Puede consultarse por ejemplo, Ruth, S. [1990] p. 80-115. donde se expone la imagen que de las mujeres tiene el sistema patriarcal.

del proceso reproductivo de la especie, sufren un proceso de idealización cultural y aparecen reverenciadas como madres o como guardianas de la moralidad. A la vez, de acuerdo con su posición social subordinada, son caracterizadas negativamente y se les considera enfermizas, neuróticas, contaminadas, o simplemente menos valiosas que los varones.⁷ De este modo el mensaje que transmiten las producciones culturales en las que se proyecta la ideología masculina es que las mujeres no son solo diferentes de los hombres sino también física, psicológica y socialmente inferiores.

Contra la devaluación cultural de lo femenino han reaccionado las teóricas feministas y desde la década de los años setenta se han dedicado a sacar a la luz las características, valores e intereses del sistema social que ha mantenido y justificado la subordinación femenina. Con sus análisis han descubierto que la ideología sobre la que se sustenta aparece en las diferentes producciones culturales y han puesto de relieve que disciplinas tan diversas como historia, psicología, arte, economía, literatura, filosofía, sociología, ciencia política, biología, derecho etc., tienen con frecuencia un sesgo sexista.

Con respecto a la ciencia el punto de partida ha sido la sospecha de que, por haber sido tradicionalmente una actividad realizada y controlada por varones, podía estar impregnada de su ideología. Diferentes trabajos han mostrado que con respecto a la mujer, la ciencia no ha sido neutral ni objetiva y han descubierto que teorías aceptadas como válidas en el pasado, estaban sesgadas por prejuicios y creencias de género. En ellos se afirma que la razón por la cual se ha identificado objetividad con sesgo androcéntrico se debe a que la inmensa mayoría de los científicos y teóricos de la ciencia, al ser varones, comparten valores y creencias, y por ese motivo les resultan invisibles y no los detectan.⁸ La crítica feminista ha puesto de relieve que la ideología masculina ha dañado la objetividad de la ciencia produciendo falacias argumentativas, diseños experimentales defectuosos y teorías sesgadas por supuestos no declarados impregnados de valores de género. Pero sobre todo ha llamado la atención sobre

⁷ De esta forma ser mujer ha supuesto y supone tener que crear la propia identidad dentro de un marco conceptual en el que los varones han construido una definición de la feminidad con características contradictorias. Martin, E. [1987].

⁸ Keller, E. F. [1982] y [1985].

el hecho de que la perspectiva particular de los varones con su falta de neutralidad valorativa, una vez instalada en la ciencia, ha quedado establecida como modelo de objetividad y se ha perpetuado a través de sus publicaciones. Esta situación se ha mantenido en el siglo XX a pesar de que las mujeres han entrado a formar parte de la comunidad científica porque, al ser minoría y no ocupar posiciones de poder, han tenido que aceptar y entrenarse en el modelo de ciencia masculina.

Una de las disciplinas científicas que se ha revelado fuertemente impregnada por los valores de género ha sido la biología. El sesgo que dichos valores han producido ha llevado a los científicos a centrarse en problemas de interés fundamental para los varones, realizar experimentos erróneamente diseñados porque en ellos se excluye a las hembras como sujetos experimentales y a interpretar los datos sobre la base de un lenguaje y un sistema conceptual androcéntrico ⁹

La medicina también ha sido sometida a examen desde diversas perspectivas. En primer lugar, el movimiento de liberación femenina criticó desde los años sesenta el poder de los médicos para decidir sobre la vida femenina y expresó su insatisfacción por la forma en que las mujeres eran tratadas por la clase médica. Desde ese enfoque político las mujeres reclamaban el derecho a expresar y satisfacer sus necesidades de salud y controlar sus propios cuerpos.¹⁰ Las feministas, al interesarse por aquellos ámbitos de la vida de las mujeres que la sociedad patriarcal había controlado, ocultado y trivializado, reivindicaron el conocimiento del cuerpo. Defendieron que era necesario definir y considerar valiosas las experiencias biológicas, romper el tabú y dejar de ocultar hechos normales de la fisiología como la menstruación, y dar nombre a su anatomía sexual y reproductiva. En EE.UU. se constituyó *El movimiento para la salud de las mujeres* ¹¹ con el objetivo de satisfacer la necesidad femenina de recibir una

⁹ Haraway, D.J. [1978], Keller, E.F. [1985]; Bleier, R. [1983]; Fausto-Sterling, A. [1985]; Birke, L. [1986]; Harding, S. [1986]; Longino, H. [1990]

¹⁰ Los aspectos políticos y epistémicos de la crítica científica no son necesariamente separables. Con respecto a esta cuestión puede revisarse, Lewontin, R.C., Rose, S. y Kamin, L.J. [1985] y Rose, H. [1994]

¹¹ Women's Health Movement.

información mas completa sobre su cuerpo que los médicos, generalmente, no proporcionaban. El interés por estos problemas, cristalizó en el "Encuentro de Boston" que se celebró en 1969 bajo el título *Las mujeres y sus cuerpos*. A partir de esta reunión se puso en marcha la elaboración del texto médico feminista por excelencia publicado por primera vez en 1973 con el título de *Our Bodies Ourselves* y que ha sido traducido a catorce idiomas, incluido el braille.

A pesar de estas coincidencias iniciales, cuando posteriormente la crítica feminista se ha ocupado de la medicina, no ha tenido una voz única. Si en la década de los setenta no existían discrepancias a la hora de considerar que la medicalización de los cuerpos femeninos era una fuente de opresión, desde la década de los noventa coexisten diferentes posiciones. Algunas admiten que, aunque en el pasado la medicina ha contribuido a la discriminación social de las mujeres, en el siglo XX ha favorecido su liberación y contribuido a su bienestar porque les ha proporcionado el control de su fertilidad y ha hecho que disminuyera la mortalidad asociada a los partos y embarazos. Desde otras perspectivas, por el contrario, se acusa a esta disciplina de ser un mecanismo de control social que con viejos argumentos ha continuado en el siglo XX contribuyendo a dificultar el acceso de la mujer a los centros de poder social y económico.¹²

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de algunos aspectos de la medicina dentro del marco de los estudios de ciencia y género con el objetivo de descubrir si, cuando se ocupa del estudio y tratamiento de los problemas de salud de las mujeres, las creencias y valores de la sociedad patriarcal impregnan sus conceptos o condicionan sus métodos o teorías.

Ahora bien, antes de abordar este tipo de investigación, es preciso aclarar qué entendemos por salud. De ésta, en general podemos decir que es un estado subjetivo, considerado un bien valioso en sí mismo, que cualquier persona desea conseguir y mantener, porque es evidente que la necesidad más imperiosa de todo ser humano es la de sobrevivir y disfrutar de bienestar. La enfermedad por el contrario es un estado de sufrimiento incapacitante que puede llegar a amenazar la existencia. Entendemos que este concepto de salud y bienestar es

¹² Un resumen de las distintas posiciones puede consultarse en Lupton, D. [1998].

aplicable también a las mujeres. Sin embargo este significado puede variar dependiendo de la forma en que se conciba la naturaleza femenina. Desde una posición biologicista se mantendrá que la salud y la enfermedad en la mujer adquirirán una forma específica y propia de la condición femenina. Por consiguiente, se considerará necesario que la medicina no estudie las enfermedades de los seres humanos de ambos sexos de forma conjunta subrayando que cuando lo ha hecho se ha centrado en el varón y ha ignorado a las mujeres. Su propuesta será desarrollar una disciplina específica y paralela a la medicina ya existente, que elabore un corpus de conocimientos centrados en la biología femenina.¹³

Por el contrario el constructivismo social sostendrá que la enfermedad sólo puede entenderse internamente desde los significados que cada cultura atribuye a determinadas experiencias físicas femeninas. Desde el relativismo en el que se instala esta posición sólo podría considerarse enfermedad aquellos estados que fueran así concebidos socialmente. Por consiguiente, no se podrían hacer enunciados universales sobre la salud de las mujeres y sólo se podría sistematizar la longevidad y la mortalidad femenina.

No obstante, en torno a estas dos posiciones surgen dificultades importantes. Por un lado, no parece razonable mantener que la salud de las mujeres esté determinada por su biología, porque las enfermedades que padecen como grupo varían y dependen del medio en el que se desarrollan sus vidas. De hecho, los diferentes patrones de morbilidad y mortalidad femenina que se dan en las distintas sociedades juegan en contra de las tesis del determinismo de corte biologicista que no explica, por ejemplo, por qué el 88% de las mujeres indias padecen anemia, mientras que en Occidente la tasa de ocurrencia de esta enfermedad se reduce a un 16%.¹⁴

La posición constructivista, por otro lado, también genera problemas de naturaleza compleja. Por ejemplo, considerar la enfermedad como una interpretación cultural de determinadas experiencias femeninas puede conducir a que determinados problemas físicos que producen en las mujeres sufrimiento e

¹³ En este sentido existe un debate, como no podía ser de otra forma, cuyos planteamientos iniciales aparecen en Rosser S.V.[1994],p,p, 153-158.

¹⁴ Para una recopilación de estudios transculturales puede consultarse Doyal, L. [1995]

incluso muerte, no sean concebidos como patologías. Así, las secuelas físicas que deja la mutilación genital solo podrían considerarse efectos naturales de una costumbre ya que ese es su significado cultural. También las medidas preventivas utilizadas para evitar la enfermedad podrían ser culturalmente variables. Por ejemplo, para evitar las infecciones producidas por abortos, en unos contextos deberían administrarse antibióticos y realizarlos con una correcta práctica médica, mientras que en otros, donde se realizan los abortos en condiciones inseguras por ser ilegales, la prevención consistiría en campañas gubernamentales destinadas a conseguir que las mujeres aceptaran las normas sociales que les obligan a tener embarazos no deseados.

Sin embargo, es posible eliminar estas dificultades situándose en un marco que, sin afirmar la existencia de una naturaleza femenina de carácter biológico, admita la existencia física y material de ciertas características específicamente femeninas y subrayar que no son una construcción social,¹⁵ porque los cuerpos de las mujeres, aunque tengan una significación social, no son, como afirman algunas escritoras postmodernas,¹⁶ infinitamente maleables. Entendemos que las mujeres comparten una biología común de naturaleza física que contribuye a dotar de sentido al concepto de salud y enfermedad femenina porque ellas, no importa en que sociedad vivan, se enfrentan a determinados problemas médicos comunes. Algunos de ellos son específicos porque están relacionados con la reproducción y la sexualidad, y su padecimiento tiene similares características. Por ejemplo, cuando las mujeres de diferentes contextos sociales contraen infecciones pélvicas, aunque puedan experimentar su sufrimiento mediado por la significación cultural que su sociedad le atribuya, sus experiencias tendrán mucho en común. Todas estarán expuestas a la muerte, experimentarán en mayor o menor medida un debilitamiento, malestar y dolor que, a pesar de tener una distinta significación cultural, será físico. Todas ellas mostrarán los mismos signos fisiológicos aunque varíen en intensidad y responderán de manera similar a tratamientos científicamente probados como por ejemplo los antibióticos. También algunas morirán a causa de la enfermedad. Así pues el cuerpo femenino

¹⁵ Martin, E. [1987] se ocupa de los significados culturales que se atribuyen a esas experiencias.

¹⁶ Este es el caso de Haraway, D.[1991]

existe como realidad física incuestionable y será la base de las enfermedades que tienen en común las mujeres, de la misma forma que la biología masculina hace que los varones también puedan enfermar de manera específica.¹⁷.

Ahora bien, admitir que las mujeres de las distintas sociedades y culturas padecen de manera similar determinadas enfermedades, no implica afirmar que su salud esté determinada por la biología. Porque, aunque el cuerpo impone restricciones a la vida de los seres humanos y es la base sobre la que puede desencadenarse la enfermedad, también ofrece un enorme potencial de bienestar y salud que puede ser disfrutado. En el caso de las mujeres, esta fuente de bienestar y placer queda restringida y limitada por las condiciones que sobre ellas impone el contexto social.

El sistema de género¹⁸ al impedir o dificultar el derecho de las mujeres a disponer de sí mismas, produce en su salud efectos negativos y favorece la aparición de la enfermedad. Por ejemplo en algunas sociedades son forzadas a mantener relaciones sexuales en circunstancias que son una amenaza para su bienestar. Su indefensión económica y social hace que tengan que depender de los varones y no puedan negarse a relaciones en las que les contagian de enfermedades sexualmente transmisibles. También los hábitos culturales les impiden disfrutar de autonomía y producen en ellas enfermedades que podían ser evitadas. Por ejemplo en Africa y Asia multitud de niñas son desposadas en contra de su voluntad y, al ser usadas como objetos sexuales y reproductores, tienen hijos cuando todavía su organismo es inmaduro y los partos desgarran sus estructuras anatómicas produciéndoles fistulas perineales.¹⁹ Igualmente, los códigos legales elaborados por varones les conducen padecer las secuelas de abortos realizados en condiciones peligrosas o a sufrir patologías relacionadas

¹⁷ Por ejemplo, hombres y mujeres pueden padecer enfermedades específicas de su sistema reproductivo así como otras que, como la hemofilia, son de carácter hereditario y están ligadas al sexo.

¹⁸ Se entiende por sistema de género¹ una organización social de seres humanos que tiende a colocar a los individuos en una posición subordinada o dominante en función de su sexo biológico.

¹⁹ El drama de estas mujeres es terrible porque quedan socialmente estigmatizadas por el desagrado que producen los síntomas de la enfermedad y lleva a que las repudien los maridos. Koblinsky, M. et al. (eds.) [1993] .

con un exceso de embarazos.

A todo lo anterior hay que añadir que en el mundo dos de cada tres mujeres sufren de una de las enfermedades conocidas que más debilitan, la pobreza. Produce con frecuencia la muerte a edades tempranas, pasa de madres a hijos pero se trasmite más a las niñas. Algunos de sus síntomas son anemia crónica, desnutrición, fatiga intensa, y las personas que la padecen tienen una enorme susceptibilidad a las infecciones de las vías respiratorias y del tracto reproductivo. Pues bien, esta enfermedad está relacionada con una forma determinada de estructura social que adjudica a los individuos diferentes posiciones en función del sexo al que pertenezcan y que parece tener carácter universal porque en la mayoría de las sociedades las mujeres son el grupo que posee menos recursos económicos.²⁰ Es un hecho probado que el bajo nivel de ingresos hace que la salud de las personas sea más vulnerable a los cambios sociales y medio ambientales adversos. Así pues, teniendo en cuenta que la pobreza es una situación de grave riesgo para la salud, en la mayoría de las sociedades conocidas éste es mucho mayor para las mujeres que para los varones, porque, incluso en los países industrializados, ellos van por delante en cada uno de los indicadores sociales de estatus económico.²¹ Por consiguiente los altos índices de enfermedad y muerte que en el mundo soportan las mujeres, no están determinados por su biología. En muchos casos podrían evitarse, pero el código legal, las costumbres, tradiciones y organización económica de numerosos países, les impiden tomar las medidas necesarias para protegerse frente a la enfermedad.²²

²⁰ En términos mundiales solo entre el 10 y 20 por ciento de los puestos de gestión y administración están ocupados por mujeres y están escasamente representadas en los puestos de poder de decisión de la política. Doyal , L.y Gough, I.[1991] .

²¹ En Koblinsky, M. et al.(eds.) [1993] puede encontrarse un estudio sobre la salud de las mujeres y su relación con la situación socioeconómica desde una perspectiva mundial.

²² El reconocimiento de que la subordinación social de las mujeres, que existe en la mayoría de las sociedades conocidas, tiene en su salud efectos devastadores hace que el feminismo político de diferentes culturas, comparta el objetivo de conseguir que las mujeres tengan autonomía personal y puedan tomar decisiones sobre su propio cuerpo. Jacobus, M. et al. [1990];Lupton, D.[1994]; Morgan, D. y Scott, S.[1993].

Las anteriores consideraciones conducen a afirmar que es posible realizar estudios sistemáticos sobre la salud de las mujeres utilizando el género como categoría de análisis y al mismo tiempo mantener que la biología y las enfermedades femeninas no son una construcción producto de un discurso culturalmente variable.

Sin embargo, la categoría *género* sólo puede contener la estructura jerárquica de las relaciones que se producen entre los seres humanos en función del sexo al que pertenecen. Y como estas relaciones, aunque siempre se estructuran sobre el hecho de la subordinación femenina, en las diversas sociedades pueden tomar formas diferentes, los estudios sobre la salud de las mujeres realizados desde el enfoque de género tienen como exigencia fundamental que especifiquen y delimiten el contexto. Ahora bien, aunque los resultados obtenidos a través de estudios realizados en una determinada sociedad no puedan extrapolarse a otras diferentes, no significa que los hallazgos de diferentes contextos no puedan compararse. Por el contrario, estudiar la diferente forma en que los distintos sistemas de género condicionan la salud de las mujeres, puede contribuir a la comprensión global del problema y ayudar a abrir nuevas líneas de trabajo.

Esta investigación se centra en la sociedad occidental. Los cambios socioeconómicos que en ella se han producido a lo largo del siglo XX, han resultado beneficiosos para la salud de las personas, porque han mejorado vivienda, alimentación, higiene, condiciones laborales y les han proporcionado cuidados médicos.²³ La expectativa de vida femenina también ha aumentado con respecto a épocas anteriores. La abundancia de alimentos ha permitido que en general pudieran mejorar su dieta. Una mejor nutrición y atención sanitaria ha hecho que disminuyera la mortalidad provocada por la tuberculosis y las enfermedades infecciosas. El control de la natalidad y los cuidados médicos también han hecho disminuir la mortalidad y la morbilidad asociada con el embarazo y el parto.²⁴

²³ Esto no significa que haya mejorado por igual en los diferentes países occidentales ni tampoco en las distintas clases sociales. Para consultar estos aspectos de la salud, véase Wilkinson, R.G.[1996].

²⁴ Hart, N. [1988].

Sin embargo, en la sociedad occidental las mujeres parecen tener peor salud que los varones. Este es un dato que se desprende de diversos estudios. Por ejemplo en el Reino Unido las mujeres autoevalúan su salud peor que los hombres y usan con mas frecuencia los servicios médicos.²⁵ En EE.UU. aparecen datos similares y algunas investigaciones muestran que un 25% más de mujeres que hombres dicen que sus actividades están restringidas por problemas de salud y que padecen mayores índices de enfermedades incapacitantes como artritis, diabetes, osteoporosis y enfermedad de Alzheimer.²⁶ Este hecho podría deberse a diferentes factores.

En este trabajo se plantea la posibilidad de que estuviera parcialmente relacionado con la forma que tiene de abordar la medicina el estudio y tratamiento de los problemas de salud que padecen las mujeres. Dado que tradicionalmente la medicina ha sido una actividad que durante el siglo XX ha seguido estando controlada por varones, es posible que las creencias masculinas sobre la mujer del pasado se hayan mantenido y al formar parte del conocimiento tácito de investigadores y clínicos hayan impregnado las teorías, conceptos y métodos, dañando la objetividad de los conocimientos relativos a las patologías femeninas. La consecuencia habría sido que las mujeres enfermas no habría recibido tratamientos eficaces.

El objetivo de esta investigación es descubrir si existe ese componente ideológico y en el caso de que así sea, descubrir las consecuencias epistémicas negativas que ha producido en medicina.

La forma en que se va a realizar es la siguiente. En primer lugar van a buscarse las creencias que existen sobre la mujer en la cultura europea examinando los textos de algunos escritores de los siglos XVI, XVII y XVIII. Posteriormente se va a indagar si esa ideología está presente en la medicina moderna, época en la que los historiadores sitúan los orígenes de la medicina como disciplina científica. Para ello se revisará una controversia médica que tuvo lugar en Gran Bretaña durante el siglo XVIII con el propósito de sacar a la luz si los médicos que intervinieron en ella compartían creencias y valores de género.

²⁵ Doyal, L. [1995].

²⁶ La inferior salud femenina no parece que se pueda explicar solo por su mayor longevidad porque la morbilidad es mayor en diferentes franjas de edad. Blaxter, M. [1990].

A continuación se revisará el contexto socioeconómico de Gran Bretaña en el siglo XIX, época en la que las ciencias biomédicas elaboraron el concepto científico de naturaleza femenina para descubrir de qué forma fue impregnado de valores contextuales. La segunda parte se centrará en el siglo XX. En primer lugar indagaremos las consecuencias epistémicas que ha producido en la investigación médica el concepto de mujer elaborado por la ciencia del siglo XIX. Posteriormente se investigará de qué forma esa noción de mujer impregnada de valores sociales ha condicionado el modelo médico de salud femenina y los efectos que ha producido en la medicina clínica. Para ello revisaremos algunos de los manuales más usados en el siglo XX por los profesionales de la salud y los estudiantes de medicina. Los seleccionados han sido:

Berkow, R.M.D. (Ed.) [1989] : *El Manual Merck*. Octava edición española. Correspondiente a la decimoquinta del original.[1989]

Farreras Valentí, P. Y Rozman, C. [1982]: *Medicina Interna*.

Novak, E.R.; Jones, G.S. y Jones, W.H.Jr. [1971]: *Tratado de Ginecología*. Octava edición en español.[1971]. Ed. Interamericana. México.

Pschyrembel, W. [1969]: *Ginecología Práctica*. Traducido por . Tercera reimpresión de la primera edición [1977] .

Se han elegido textos médicos que han sido editados por primera vez en la segunda mitad del siglo XX porque en esa época la medicina occidental termina de consolidar su estatus científico. Otro de los motivos que ha guiado su elección ha sido que sus sucesivas ediciones o reimpresiones ponen de manifiesto que contienen el modelo de medicina que se realiza en periodo de *ciencia normal* en el sentido *kuhnniano* del término.

PARTE PRIMERA.

***LA CONCEPCIÓN IDEOLÓGICA DE LA FEMINIDAD Y EL DISCURSO
CIENTÍFICO DE LOS SIGLOS XVIII Y XIX.***

Capítulo 1.

Ideología y funciones reproductivas.

1. Introducción.

En el siglo XVIII la sociedad europea estaba estructurada como un sistema de género en el que se asignaba la posición dominante o subordinada de las personas en función de su sexo. En ella los varones detentaban el poder social, político y económico.

La familia tenía una organización patriarcal y en la relación conyugal la mujer estaba totalmente subordinada al varón que poseía la autoridad y era propietario de los bienes. La dominación masculina se hacía patente en las costumbres. Por ejemplo, en el medio rural y en las clases bajas era habitual que la esposa no comiera hasta que lo hubiera hecho su marido y se quedara a su lado de pie para servir y atender sus necesidades y deseos. La naturaleza del sistema social también se ponía de relieve en hechos de gran dureza que sucedían en el seno del hogar. Golpear a las esposas era un hábito generalizado y así consta en algunos registros en los que se describen las lesiones que presentaban algunas embarazadas. Las costillas rotas que en ocasiones provocaban la muerte en el parto estaban producidas por los ataques que algunas mujeres sufrían de sus cónyuges. Estas agresiones no parecían ser excepcionales pues se anotaban con un lenguaje rutinario y lleno de naturalidad que conduce a suponer que eran frecuentes.²⁷

La forma en que estaban estructuradas las relaciones dentro del matrimonio hacía que derechos y deberes conyugales se establecieran de forma

²⁷ Shorter, E. [1991]

asimétrica, especialmente en el caso de las relaciones sexuales. Las esposas debían tener una disponibilidad absoluta mientras que los varones no tenían el mismo deber recíproco, de modo que en las parejas, era normal que se ignoraran las necesidades sexuales femeninas.²⁸ Además, la mujer era valorada por su sexualidad y sus funciones reproductivas y se consideraba que la razón de su existencia era tener hijos y ser la compañera sexual de su marido. Este orden patriarcal tenía efectos negativos en la salud de las mujeres porque al carecer de control sobre sus cuerpos no podían oponerse a reanudar la actividad sexual ni siquiera en el postparto inmediato a pesar de conocerse que favorecía la aparición de la fiebre puerperal, enfermedad que en una época sin antibióticos, solía tener consecuencias fatales. Además, quedaban embarazadas de forma continua llegando a tener seis hijos vivos como media en una época en la que la mortalidad infantil era muy elevada.²⁹ Concebir ininterrumpidamente era considerado normal y el deterioro físico y psíquico que los numerosos embarazos y partos producían se aceptaba como algo inevitable y propio de la condición femenina.

2. Control de la reproducción en el sistema de género.

Las normas que en el siglo XVIII gobernaban las condiciones en las que las mujeres europeas concebían y gestaban los hijos, formaban parte fundamental del sistema de género.

Como los varones eran quienes poseían las riquezas y éstas se transmitían hereditariamente de padres a hijos varones, el sistema patriarcal controlaba las

²⁸ Op. cit.

²⁹ La mortalidad maternal en el siglo XVIII era en Londres de 12 por cada 1000 partos, pero tengamos en cuenta que hay que añadir la alta tasa de mortalidad femenina causada por la fiebre puerperal. Ibidem.

funciones reproductivas femeninas para garantizar la legitimidad patrilineal de la descendencia. Con ese propósito se regulaban estrictamente las conductas sexuales que legalmente sólo eran permitidas en el seno del matrimonio. *Adulterio* y *fornicación* eran nombres de conductas delictivas que se castigaban con penas de prisión. Aunque las leyes obligaban a ambos sexos, en la práctica, se utilizaban para controlar la conducta sexual femenina porque los delitos eran difíciles de probar en varones mientras que en el caso de las mujeres el embarazo se convertía en la prueba de su infracción. Legalmente sólo podían concebir si estaban casadas y las transgresiones se sancionaban severamente. Una embarazada soltera era considerada culpable aunque adujera en su defensa haber sido violada³⁰ ya que existía la creencia de que la fecundación sólo era posible si existía el placer femenino. Para evitar los nacimientos extraconyugales las leyes eran implacables y castigaban incluso a los niños nacidos fuera del matrimonio. Considerados ilegítimos³¹ y estigmatizados como hijos bastardos, no podían heredar. Las mujeres no disponían de medios legales para obligar a los padres de sus hijos a ocuparse económicamente de ellos de modo que estaban obligadas a concebir sólo dentro del orden patriarcal porque ser madre soltera conducía de forma casi inevitable a la miseria o a la prostitución.³²

3. Mente y sexualidad femenina.

El elemento cognitivo de las actitudes masculinas hacia la mujer y su papel en el proceso reproductivo está constituido por una serie de creencias que

³⁰ Véase Crawford, P. [1990] pp. 33-38.

³¹ Para ver como se perseguía legalmente a las mujeres embarazadas en otros países de Europa puede consultarse Burton, J.K. [1987].

³² Fildes, V. (Ed.) 1990, pp. 33-38.

tradicionalmente han formado parte de la ideología del sistema de género.³³

Los varones han creído que en la mujer están unidas sexualidad y funciones reproductivas. Esta creencia ha hecho que los médicos tradicionalmente hayan afirmado que la fecundación sólo se podía producir si la mujer experimentaba placer sexual. La idea de que era necesaria la existencia de orgasmo femenino para que tuviera lugar el embarazo, se remonta hasta Galeno en el siglo II y ha permanecido en la cultura occidental a través de los siglos. Además, como en el sistema patriarcal la mujer ha sido tradicionalmente valorada como compañera sexual y como madre, los varones han creído que en ellas existía una tendencia instintiva a procrear y han supuesto que la razón de la existencia femenina era la reproducción. Con el fundamento ideológico de que toda mujer de manera natural desea y busca instintivamente ser fecundada y que la fecundación sólo era posible si existía placer sexual, se ha construido la idea de la existencia de una incontrolable sexualidad femenina, porque:

*"El útero tiene un increíble deseo de concebir y procrear."*³⁴

La idea de que la mujer posee una sexualidad insaciable aparece simbólicamente en mitos tan antiguos como el de Adán y Eva, en el que la primera *madre de la humanidad* es descrita con una actitud seductora que arrastra al varón hacia el pecado. También el cristianismo estuvo alimentando durante siglos la creencia de la incontrolable lascivia femenina. La Iglesia, sobre todo desde el final de la Edad Media, intensificó su desconfianza hacia la mujer afirmando que de forma natural inducía al hombre a la concupiscencia considerándola como la más peligrosa de las serpientes.³⁵ Esta idea ha quedado profundamente arraigada en la cultura europea en la que se ha representado a la mujer con un deseo sexual insaciable y una carnalidad desbocada capaz de llevar a la perdición a cualquier hombre que le diera la oportunidad de dejarse seducir.

³³ El término *ideología* se utiliza aquí en un sentido epistémicamente peyorativo, como falsa teoría que oculta la realidad distorsionándola.

³⁴ Así lo expresaba el médico Jean L.Liébaut en 1597 en su libro titulado *Thrésor des remèdes secrets pur les maladies thes femmes* Cit. en Moscucci, [1991].p.13.

³⁵ Solé, J. [1976] p.p.80-100.

También en la sociedad occidental ha existido la creencia de que la mente y el sistema reproductivo femenino están conectados.³⁶ Esta idea procede del conocimiento privilegiado que la mujer, hasta el siglo XX, ha poseído sobre su propio embarazo ya que al producirse la gestación de los hijos en su cuerpo, la embarazada ha sido la primera en conocer su estado al notar al feto patear y moverse en su seno. Por ese motivo en el siglo XVIII, desde el punto de vista legal, se admitía que la vida empezaba cuando la madre reconocía haber notado los movimientos fetales³⁷.

Este poder, que las mujeres perderían en el siglo XX al desarrollarse las pruebas de diagnóstico³⁸, les ha conferido tradicionalmente el privilegio de comunicar oficialmente que la gestación había comenzado. El saber encerrado en su mente resultaba inaccesible a los varones y dotaba a la mujer de un poder que alteraba el orden de la sociedad patriarcal. Por consiguiente en la ideología masculina se ha representado la mente de las mujeres como una entidad desordenada, incontrolable y caótica que no respeta normas ni leyes³⁹. Y como el conocimiento privilegiado que tiene la mente femenina sobre el embarazo confiere a las mujeres un saber sobre la paternidad de los hijos que no puede ser socialmente controlado, los varones han creído que era una amenaza para el

³⁶ Esta idea no es exclusiva de la sociedad europea moderna y ha existido en culturas muy antiguas. Por ejemplo, en la Biblia aparece aplicada a animales cuando narra que Jacob coloca varas delante de su rebaño para que las ovejas tuvieran crías con la piel moteada. Génesis 30, 31-43. También aparece en los textos de medicina hindú antigua. Véase Dash, V. B. [1975].

³⁷ Epstein, L. [1995] p. 124.

³⁸ En algunos trabajos se ha puesto de relieve que en la Edad Moderna comenzó un proceso en el que la mujer fue perdiendo progresivamente el escaso control que tenía sobre su propio cuerpo. Éste ha culminado en el siglo XX con la vigilancia médica y control de la mujer gestante cuando la medicina, utilizando el concepto de "viabilidad fetal", prescindía de la embarazada y los médicos consideran al feto como una entidad separada que permite a los profesionales jurídicos hacer sobre él pronunciamientos legales. Epstein, J. [1995] p.p. 153-156.

³⁹ La idea de que la mujer tiene una mente desordenada aparece recogida en las expresiones coloquiales de algunos idiomas europeos en las que se asocia feminidad y locura. Por ejemplo en castellano se llama "locas" y en francés "folles" a los homosexuales que imitan los modos y maneras femeninos. El lenguaje pone de relieve la asociación cultural que existe entre mujer y desorden mental.

orden social que se sustenta en el linaje paterno-filial. Porque como en el sistema patriarcal tradicionalmente las propiedades se han transmitido de padres a hijos, el secreto encerrado en la mente femenina sobre la legitimidad patrilineal de los herederos, se ha percibido socialmente como un poder que se oponía al patriarcado, y la mente femenina como una entidad desordenada y potencialmente peligrosa para los hijos a través de los cuales se perpetúa el orden social.

Las creencias sobre la mujer se han utilizado en la sociedad europea para explicar la causa de las marcas y deformidades de los recién nacidos. Estas lesiones tradicionalmente han preocupado a la sociedad porque, al destruir el aspecto físico de los niños, también destruían en ellos el parecido paterno, la única forma de la que disponía el sistema social para conocer la legitimidad de los hijos. Así pues, cuando nacía un niño con malformaciones se abría un interrogante sobre su legitimidad porque el recién nacido fallaba en algo fundamental, parecerse a su padre⁴⁰ y las lesiones que padecía se atribuían causalmente a la imaginación maternal.

Estas creencias producidas por las inquietudes de los varones en torno a los hijos, aparecían en las obras de distintos escritores europeos, antes de la época moderna.

Montaigne, en un capítulo de su *Ensayo* dedicado a la imaginación, concebía la mente femenina como una entidad potencialmente peligrosa capaz de dejar su huella en el feto:

"Las mujeres trasmiten las marcas de sus caprichos a los cuerpos de los hijos que llevan en su seno." ⁴¹

También William Harvey concebía el útero como un órgano que era:

⁴⁰ Esa inseguridad sobre la legitimidad de los hijos se ha mantenido hasta las décadas finales del siglo XX en el que la ciencia ha podido desarrollar las pruebas de paternidad gracias a los avances en genética.

⁴¹ Michel de Montaigne [1572] Edición de 1962. Capítulo XXI *De la force de l'imagination*. p.p.100-111 .

*"...una parte esencial de la biología femenina que arrastra fácilmente a todo el cuerpo para obligarle a adecuarse a él."*⁴²

Manténía que ésta era la razón por la cual la mente materna estaba dominada por las pasiones y tendía al desorden. Según este científico era evidente el poder que sobre ella ejercía el útero y los efectos negativos de ese dominio pues:

*"... cualquier hombre sabe los síntomas dañinos que provoca la expulsión del niño en el parto y la perversión y convulsión que el útero excita, el frenesí, los desequilibrios melancólicos y atrocidades que puede inducir, las horribles extravagancias que produce en la mente, hasta el punto de hacer parecer embrujadas a las personas afectadas."*⁴³

Otros autores, por el contrario, pensaban que el peligro estaba en la mente de la embarazada y que era su desorden el que causaba los daños fetales. Así lo mantenía Nicholas Culpeper en una obra dedicada al cuidado de la salud reproductiva femenina, que llegó a ser muy popular como guía para matronas. En ella acusaba inequívocamente a la imaginación maternal de producir las marcas y deformidades congénitas:

*"Algunas veces hay una causa extraordinaria como la imaginación, cuando la madre es asustada o imagina extrañas cosas, o desea vehementemente alguna carne y si no la consigue, el niño nacerá con una marca con el color o la forma de lo que la madre deseaba."*⁴⁴

⁴² La obra de Harvey es *Anatomical Excitations* [1653]. Citado por Robert A. Ericson [1986] p. 15.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Esta obra llamada *Directory for Midwives* fue escrita en 1684. Citada en Epstein, J. [1995] p. 134.

También, en la segunda mitad del siglo XVII, el médico francés Francois Mauriceau, concebía la mente femenina como un peligro para los hijos y relacionaba causalmente los deseos que se esconden en ella, con los daños que en ocasiones presentaban los recién nacidos. A su entender, los incontenibles anhelos propios de la mente de las mujeres, aumentaban con la gestación. En ese estado se agravaba su desorden psíquico y las embarazadas eran dominadas por compulsiones de diversa índole. Según este autor, su desequilibrio psíquico se reflejaba, por ejemplo en la conducta alimenticia. Por ese motivo las embarazadas tenían:

"... aversiones tan grandes, deseos y fuertes pasiones por cosas extrañas..."⁴⁵

Moriceau afirmaba que el estado de agitación y desorden mental en el que se encontraban las gestantes generaba en ellas emociones o conductas que podían tener efectos desastrosos en el feto y podían dañarle. Por tanto, aconsejaba a las mujeres que cuando estuvieran embarazadas debían:

"... ser cuidadosas, moderar sus pasiones, no enfadarse excesivamente..."⁴⁶

Pero sobre todo les recomendaba que si no querían ser responsables de hacer daño a su hijo debían aislarse del mundo exterior. Este autor mantenía que la conducta más prudente para una futura madre consistía en recluirse en la protección del hogar y que incluso en la intimidad de sus casas debían protegerse de cualquier tipo de información que pudiera impresionar su mente frágil, por lo que sugería:

"... sobre todo no asustarlas ni comunicarles ninguna noticia triste de

⁴⁵ Citado por Epstein, J.[1995] p.135 .

⁴⁶ Op. cit.

manera brusca."⁴⁷

También Nicolas Malebranche aludía a la mente femenina cuando explicaba el origen de las marcas y deformidades congénitas. En su obra *De la recherche de la vérité* dedicaba una importante parte a describir la relación que existía entre la madre y el feto:

*"Los cuerpos de los niños en el útero de sus madres, al no estar aún completamente formados y encontrarse en un estado de extrema debilidad, impotencia y necesidad, para que puedan ser concebidos deben estar unidos a la madre de la forma más íntima que se pueda imaginar. Y aunque sus almas estén separadas de las de sus madres, sus cuerpos todavía no están liberados ni desconectados y por tanto tienen los mismos sentimientos y pasiones..."*⁴⁸

Según Malebranche, la relación íntima que existía entre la embarazada y el niño que se gestaba en su seno, hacía que ambos compartieran sensaciones y pasiones y cualquier alteración del ánimo materna podía producir en el recién nacido marcas y deformidades. Sobre todo los anhelos compulsivos y de forma especial la obsesión por comer fruta si no era satisfecha, provocaba en el feto el mismo deseo y, al imaginarla:

*"... el recién nacido nacía con la forma de aquello que deseó tan ardientemente en el útero materno."*⁴⁹

Dicho autor consideraba que la total dependencia del feto con respecto a la madre le hacía muy vulnerable y las impresiones de la mente materna podían infligir en su cuerpo daños que le dejarían marcado. Cuando explicaba el poder destructivo de la imaginación maternal y su capacidad para producir

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ Citado por Epstein, J. [1995] p.p. 144-145.

⁴⁹ Ibidem.

deformidades o mutilaciones, refería el caso de una embarazada a quien la visión de un castigo a delincuentes le afectó de tal manera que:

*"Todo su cuerpo [el del feto] se rompió en los mismos sitios que el potro de tortura rompió los huesos de los malhechores."*⁵⁰

Malebranche concebía la mente femenina con un equilibrio muy frágil, incapaz de soportar la dureza de este tipo de visiones sin quedar profundamente trastornada. Ahora bien, gracias a la fortaleza del cuerpo materno las impresiones que llegaban a su espíritu, a pesar de afectar a la totalidad de su ser, no dejaban daños físicos y afectaban solo al feto porque:

*"... los huesos de la madre eran capaces de resistir la violenta impresión de los espíritus y no recibían daño de él (...) Pero la acción rápida de los espíritus era capaz de romper las partes delicadas y tiernas de los huesos del niño."*⁵¹

Según este filósofo y teólogo, la actividad mental de la embarazada podía dañar al embrión si, por ejemplo, concentraba su atención en una visión determinada. Refería la historia de un niño que había nacido totalmente deforme, sin frente, con una apariencia envejecida. La causa de tal deformidad, según Malebranche, estaba en la mente de la madre quien, estando embarazada, había prestado demasiada atención al retrato de la canonización de San Pío en el que aparecía con su mitra. La impresión que esa imagen había producido en su mente había provocado que su hijo naciera con un aspecto envejecido y con una deformidad en cabeza y cuello que parecía una mitra invertida.⁵²

Malebranche era consciente de que, además de afirmar que la causa de las deformidades fetales estaba en la imaginación de la madre, era necesario explicar el mecanismo mediante el cual se producían. Con respecto a esta

⁵⁰ Op. cit. p.145.

⁵¹ Citado en Epstein, J.[1990]p. 145.

⁵² Cit. por Huet, M.H. [1983] p.p. 73-87.

cuestión afirmaba que el modo a través del cual se producían las lesiones en el feto era desconocido. No obstante intentaba responder a la pregunta y mezclando teología y embriología, explicaba la acción de la mente materna en el cuerpo fetal por medio de su doctrina llamada *ocasionalismo* elaborada para resolver el problema de las relaciones mente-cuerpo en las que estaba especialmente interesado. Con los argumentos de tipo religioso que en ella utilizaba, sostenía que esa acción era posible gracias a la intervención divina, aunque no pudiéramos comprenderla. Según él, nuestra ignorancia se debía a una incapacidad humana provocada por una indignidad original, ya que desde nuestra concepción estamos manchados por el pecado y la corrupción de nuestros padres. Pero insistía en que, aunque esos hechos resultaran incomprensibles para la mente humana:

"... por ignorar las razones de Dios al permitir que suceda, no podemos negar que la imaginación de la madre produzca las malformaciones de los recién nacidos porque no debemos medir el poder de Dios por nuestra incapacidad para entender y explicar estos hechos, pues hacerlo sería negar la omnipotencia divina."⁵³

Aunque el discurso de Malebranche era de naturaleza religiosa y proponía a Dios como causa última de las malformaciones congénitas, también utilizaba las creencias sociales sobre la mujer pues concebía la mente materna como una entidad caótica y peligrosa capaz de producir en el feto lesiones si Dios lo permitía. Y, a pesar de recurrir a la voluntad divina para justificar su desconocimiento del proceso mediante el cual la mente actuaba sobre el cuerpo fetal, también utilizaba la idea de la ignorancia humana y el poder de Dios, para reforzar la idea de la culpabilidad femenina.

La idea de que la mente materna era capaz de dañar al feto estaba tan arraigada en el discurso masculino sobre la mujer que en el siglo XVIII incluso Diderot y D'Alembert consideraron necesario refutarla racionalmente en la *Encyclopedía*. El símbolo del saber ilustrado contenía una entrada argumentando que la imaginación de la madre no podía producir las alteraciones neonatales

⁵³ Op. cit. p.p. 57 y 58.

porque:

*"El niño en la matriz es, a este respecto, tan independiente de la madre que lo lleva, como el huevo lo es de la gallina que lo incubaba."*⁵⁴

No obstante, los propios escritores ilustrados también compartían la ideología masculina sobre la mujer y mantenían que la mente femenina era desordenada y caótica por estar conectada con su sistema reproductivo. Este era el caso de Denis Diderot [1713-1784] quien afirmaba que esta conexión tenía efectos de carácter nocivo. En su ensayo *Sur les femmes* incorporó esa idea a su discurso materialista, pretendidamente racional y libre de valoraciones, afirmando que la causa del desorden mental de la mujer estaba en el útero, órgano que ejercía sobre ella su poder. Según este enciclopedista, las ideas femeninas eran extravagantes porque:

*"... las mujeres llevan dentro de sí un órgano susceptible de sufrir terribles espasmos que controlan su mente y provocan en su imaginación fantasmas de toda clase."*⁵⁵

Insistiendo en esa idea Diderot afirmaba que:

*"...los histéricos delirios que el útero provoca en la mente femenina hacen que regrese al pasado y de allí al futuro, de tal forma que en su imaginación se mezclan pasado, presente y futuro."*⁵⁶

Así pues parte del discurso científico y filosófico europeo elaborado exclusivamente por varones, estaba impregnado de las creencias que formaban los elementos cognitivo y emocional de las actitudes patriarcales hacia la mujer.

⁵⁴ Cit. por Epstein, J. [1995] p. 142.

⁵⁵ Citado en Crétaux Lastinger, V. [1992].

⁵⁶ Ibidem.

4. Las malformaciones congénitas en la sociedad británica moderna.

Los cambios que experimentó la sociedad británica en el siglo XVIII hicieron que las malformaciones congénitas preocuparon más que nunca. Aunque el sistema de género se mantenía con todo su rigor, en algunos aspectos las relaciones entre los sexos se fueron modificando. Entre hombres y mujeres se fue estableciendo un contacto más cercano y un tipo de contacto prematrimonial menos rígido. En Gran Bretaña, al igual que en otros países del norte de Europa, las uniones conyugales comenzaron a establecerse sobre nuevas bases y el amor comenzó a convertirse en la razón fundamental por la cual la gente se casaba. Al menos entre los miembros de las clases altas y los campesinos ricos, las bodas de los hijos dejaron de acordarse entre los padres por motivos de conveniencia.⁵⁷ Con la llegada del siglo también fue disminuyendo el control social sobre las conductas sexuales⁵⁸. Esa mayor permisividad aparecía reflejada en la literatura de la época. Los escritores describían la sociedad con una gran relajación de costumbres y a las mujeres con conductas libertinas. En las novelas modernas como *Tom Jones* o *Molly Flanders* se describían conductas promiscuas masculinas y femeninas. En ellas la mujer aparecía también como iniciadora y protagonista activa de enredos sexuales. La pornografía moderna tomó características propias y en obras como *Fanny Hill*, además de describirse explícitas descripciones anatómicas y funcionales, las mujeres aparecían como sujetos sexuales activos y no como meros objetos.

Los cambios que en materia de conducta sexual se estaban produciendo, hicieron que se reforzara la creencia masculina de que las mujeres tenían una

⁵⁷ Schiebinger, L. [1993]; Solé, J. [1976] p.p.80-100.

⁵⁸ No existe unanimidad entre los historiadores con respecto a este punto. Por ejemplo Norbert Elias, N. [1939] afirma que en la Edad Media se tenía una actitud abierta frente a las necesidades sexuales propias y ajenas y que es en la Edad Moderna cuando se reprime la sexualidad. Peter Duerr defiende, por el contrario, que mientras los hombres y mujeres medievales se sentían avergonzados de su sexualidad, en la Edad Moderna no reprimían ni se sentían incómodos con ella. Shorter, E. [1991].

sexualidad desbocada. Así es como lo muestran las representaciones femeninas de la primera mitad del Siglo de las Luces en las que la mujer aparece llena de una amenazante, incontrolada y exigente sexualidad⁵⁹.

En ese contexto aumentó la desconfianza del sistema hacia la mujer de modo que el nacimiento de un niño con defectos se convertía en una acusación social dirigida a la madre pues se consideraba que su hijo deforme descubría las secretas pasiones escondidas en su mente. Esta acusación aunque adoptaba formas diferentes, todas ellas tenían en común que consideraban a la mujer culpable de haberse comportado de manera inapropiada durante su embarazo. Eran culpadas de haber producido las lesiones fetales por preocuparse de vestir a la moda, en lugar de dedicarse al reposo para beneficiar el desarrollo del feto. Igualmente eran acusadas de haber tenido cualquier otra experiencia emoción o sentimiento, positivos o negativos, y de manera especial se desconfiaba de los deseos maternos. De esta forma, vanidad, deseos sentimientos o experiencias maternas, se consideraban causantes de las marcas o deformidades de nacimiento generándose un discurso en el que aparecía la insidiosa idea de que la madre de una criatura anormal era un ser dañino lleno de compulsiones alimenticias, con sueños y fantasías muy potentes⁶⁰.

Además, los cambios que experimentó en esta época la economía de Gran Bretaña hicieron que las malformaciones congénitas adquirieran una mayor relevancia social. La incipiente revolución industrial aplicada a la agricultura y a la ganadería contribuyó al aumento de la prosperidad del país, provocando la aparición de nuevas clases adineradas. Comerciantes, transportistas, ingenieros y fabricantes acumularon propiedades y, aunque estos nuevos ricos se oponían a que los privilegios de los nobles se transmitieran por herencia, estaban muy interesados en que sus hijos heredaran sus bienes. En este contexto social, las marcas y malformaciones congénitas que alteraban la apariencia del recién nacido y destruían la

⁵⁹ Poovey, M. [1988] ha puesto de relieve que la forma en que se representaba la mujer en el siglo XVIII era muy diferente a como se hacía en el XIX. En este siglo aparecía con formas etéreas y dentro del ideal de la domesticidad.

⁶⁰ Para examinar en detalle toda la variedad de acusaciones que se hacía a la imaginación maternal puede consultarse Boucé, P.G. [1988] en Rousseau, G.S. y Porter R. (eds.)

semejanza paterno-filial borrando la única prueba de su legitimidad, preocuparon más que nunca.

5. La controversia médica sobre el poder de la imaginación maternal.

En la sociedad de Gran Bretaña, al igual que en la del resto de Europa, se prestaba una enorme atención al aspecto externo y la apariencia. Hombres y mujeres de las clases adineradas se adornaban según los cánones que marcaba la moda de la época, utilizando exagerados maquillajes y pelucas. Entre los motivos que existían para la utilización de tales adornos estaba el intento de ocultar las lesiones que dejaban sobre todo las enfermedades venéreas debido al estigma que a ellas se asociaba. Los problemas de la piel preocupaban mucho en la sociedad moderna debido a las lesiones que en la piel producían enfermedades carenciales, como el escorbuto y la pelagra que eran endémicas, y otras como la sífilis y la viruela.⁶¹ Respondiendo a la necesidad social de tratar las secuelas cutáneas que dejaban esas patologías, algunos médicos se comenzaron a ocupar de los problemas de la piel y comenzó a desarrollarse de forma incipiente lo que llegaría a ser la especialidad de dermatología.

En un texto considerado el primer manual inglés de dermatología publicado en 1714 con el título *The Morbis Cutaneis. A Treatise of Disease Incident on the Skin*⁶² aparecía por primera vez una explicación médica sobre las marcas y deformaciones congénitas. Su autor, un cirujano llamado Daniel Turner, preguntándose por el origen de tales lesiones, respondía diciendo que estaban causadas por la imaginación maternal.

⁶¹ La enorme preocupación que provocaban estas dolencias aparece en la polémica que rodeó la práctica de la inoculación y puede consultarse en Stafford, B. M. [1991] p. 193.

⁶² Turner, D. [1714] El capítulo se titula "On Spots and Marks of a diverse Resemblance, imprest upon Skin of the Foetus, by the force of the Mother`s Fancy; with some Things premis`d, of the strange and almost incredible Power of Imagination, more especially in pregnat Women" Op. cit.p.p.102-128.

La posición de Turner fue virulentamente rechazada por James Augusto Blondel⁶³, quien calificaba de escandaloso afirmar que aquellas a las que Dios había dotado de incontables encantos y sentían amor y ternura por sus hijos, fueran acusadas de ser las responsables de crear monstruos por medio de su imaginación. Denunciaba la injusticia que se cometía con las mujeres y llamaba la atención sobre la crueldad que suponía acosar a las madres de hijos deformes para que confesaran supuestas conductas inadecuadas y sospechar de su honestidad.⁶⁴

Turner contestó a su oponente reafirmando su posición con su obra *The Force of the Mother's Imagination upon her Foetus in Utero* publicada en 1730. En 1737 apareció en Leyden el nuevo trabajo de Blondel bajo el título *Dissertation physique sur la force de l'imagination des femmes enceintes sur le foetus*.⁶⁵ Estas obras contienen las dos posiciones de una controversia médica que giró en torno al poder de la imaginación maternal para producir marcas y deformidades.⁶⁶

Este debate no se limitó a ser una discusión entre estos dos médicos y otros autores tomaron parte en él alineándose en una u otra de las posiciones en conflicto. Henry Bracken⁶⁷, que compartía la posición de Turner, afirmaba que las malformaciones fetales eran producidas por la impresión que dejaba en la mente materna la visión de personas que padecían lesiones similares. Por tanto sugería que para evitar los nacimientos anómalos, las autoridades deberían expulsar de las ciudades a los mendigos sin dedos y de este modo impedir que las embarazadas vieran sus manos amputadas para evitar que transmitieran la

⁶³ Blondel aunque nacido en París, había estudiado como Turner en la Universidad de Leiden y era miembro del Colegio de Médicos de Londres.

⁶⁴ James Augustus Blondel [1727].

⁶⁵ Todas las obras que escribieron Turner y Blondel a modo de réplicas y contrarréplicas aparecen citadas en Epstein, J. [1995] p.131.

⁶⁶ Esta controversia ha sido revisada por diferentes autores. Entre ellos puede examinarse el trabajo de Epstein, J. [1995] Stafford, B. [1991] y Huet, M.H. [1993] p.p. 64-67.

⁶⁷ En 1737 publicó *The Midwife's Companion* y allí defendía por primera vez su posición. Op. cit. p. 137.

misma deformidad a los hijos que estaban gestando.

Otros autores también describían casos en los que las impresiones producidas por ruidos aterradores habían dañado al feto. Por ejemplo, en 1746 la revista *Gentleman`s Magazine* que incluía temas de medicina, contaba la historia de la esposa de un hombre rico que después de ser madre de 16 niños sanos, dio a luz un monstruo con ojos y nariz de león, sin paladar en la boca y con pelos en los hombros. La causa de tal deformidad se atribuía a la mente materna que había transmitido al niño la impresión de horror producida en su mente al oír los rugidos de los leones de la Torre de Londres.⁶⁸

William Smellie afirmaba en una sección su obra *Treatise on the Theory and Practice of Midwifery* dedicada a nacimientos monstruosos, que las deformidades congénitas podían producirse, no solo a través de la impresión producida por una experiencia directa, sino también a través de la narración de un suceso de naturaleza aterradora que al producir en la mente materna una impresión de horror llegaba a través de la imaginación hasta el feto produciendo en él la lesión. Refería la explicación que daba una madre sobre la deformidad de su hijo:

“El nueve de Abril de 1747, estando embarazada de casi dos meses se asustó cuando llegó a sus oídos la noticia de que había habido un accidente en Tower Hill cuando la multitud estaba presenciando la ejecución de Lord Lovatt y cayó el patíbulo produciendo numerosos muertos y heridos. Y quedó muy impresionada porque temía que su esposo que había ido a presenciar la ejecución, pudiera ser uno de ellos. Además, cuando estaba en ese estado de miedo y agitación una ociosa entrometida le dijo que en el accidente había muerto un amigo por el que sentía gran respeto y que había visto su cerebro esparcido en el suelo donde se había producido la ejecución. Entonces la pobre embarazada con gran sufrimiento puso las dos manos sobre su cabeza e inmediatamente se desmayó.”⁶⁹

⁶⁸ *Gentleman's Magazine* 16 [1746]. Citado en Porter, R. [1985].

⁶⁹ La obra de William Smellie tenía como título *Theory and Practice of Midwifery* [1760] Cit. en Epstein, J. [1995] p. 146.

Smellie afirmaba que a consecuencia de la impresión que la narración de estos sucesos produjo en la mente de la mujer su hijo nació sin la parte superior del cráneo.

Otros médicos también utilizaron la misma explicación que Turner. Por ejemplo John Maubray hacía responsables a las madres de las malformaciones congénitas y afirmaba que eran producidas por la actividad mental y las emociones inapropiadas que las mujeres embarazadas sentían. Advertía que la gestante:

*"... debería evitar discretamente toda cólera, pasión y cualquier otra perturbación de la mente y evitar entretenimientos demasiado serios o pensamientos demasiado melancólicos ya que todos ellos tienden a imprimir una depravación de la naturaleza sobre la mente del niño y deformidad sobre su cuerpo."*⁷⁰

A pesar de la dificultad que para un ser humano entrañaba seguir esos consejos, insistía en ellos, advirtiendo a las mujeres gestantes que si eran infelices, sus hijos resultarían dañados. De ese modo les aconsejaba mantener la armonía matrimonial, sin expresar quejas ni mantener discusiones, ya que:

*"...no debe aparecer ni una nube en la relación conyugal pues todos los desgraciados accidentes afectan gravemente el crecimiento del niño."*⁷¹

El interés médico sobre el origen de las malformaciones congénitas se extendió mas allá del Reino Unido. La obra de Turner *The morbis cutaneis*, traducida al francés en 1743 con el título *Traitès des maladies de la peau*, sirvió para dar a conocer entre los médicos franceses sus ideas y también para argumentar contra ellas. Así lo hizo Isaac Bellet, médico de Burdeos, quien se

⁷⁰ Cit. en Epstein, J. [1995].

⁷¹ Op. cit.

alineaba con Blondel y exponía sus ideas en una obra titulada:

Carta sobre el poder de la imaginación de las madres. Donde se combate el prejuicio que atribuye a la imaginación de las madres el poder para imprimir sobre los cuerpos de los niños encerrados en sus úteros las marcas de los objetos que las han traumatizado."⁷²

En ese larguísimo título de la obra, Bellet anticipaba su posición rechazando las tesis imaginacionistas y acusando a quienes las defendían de sustentarse sólo en ideas negativas sobre la mujer.

La controversia se prolongó durante todo el siglo XVIII y en 1792 Johann Caspar Lavater todavía se ocupaba del tema y utilizando un lenguaje rotundo describía de forma resumida el inmenso poder que los imaginacionistas como él, atribuían a la mente materna:

"Cuando la imaginación es poderosamente agitada por el deseo, amor u el odio, un simple momento es suficiente para crear o aniquilar, agrandar o contraer, formar gigantes o enanos, determinar la belleza o la fealdad: ello impregna el feto orgánico, con un germen de crecimiento o disminución o sabiduría o locura, de proporción o desproporción (...) y este germen se va desplegando en sí mismo durante cierto tiempo y en circunstancias determinadas."⁷³

Las ideas que se debatieron en esta controversia se consideraban socialmente muy importantes. Por eso el debate se prolongó a lo largo de todo el siglo XVII y a principios del XIX Jean-Baptiste Demangeon todavía se ocupara del tema, realizando un estudio cuyo título era:

⁷² En el original:

Lettres sur le pouvoir de l'imagination des femmes enceintes. Où l'on combat le préjugé qui attribue à l'imagination des Mères le pouvoir d'imprimer sur le corps des enfants renfermés dans leur sein la figure des objets qui les ont frappés. Cit. En Epstein, J. [1995]

⁷³ Citado por Stafford, B. [1991], p.316.

“Consideraciones fisiológicas sobre el poder de la imaginación maternal durante el embarazo, y sobre otras causas, supuestas o reales, de las deformidades y de las variaciones naturales.”⁷⁴

5.1. Conocimientos sobre la mente y los procesos reproductivos.

El debate sobre el poder de la imaginación maternal se desarrolló en el marco de los conocimientos que existían en la época sobre los procesos reproductivos y la mente.

Con respecto a la reproducción humana había un gran desconocimiento y era mejor comprendida la anatomía de los órganos que intervenían en ella que su fisiología. Hasta bien entrado el siglo XVIII no se consideraba que las mujeres tuvieran funciones reproductivas. El término *reproducción* no se utilizaba para referirse a la propagación de los mamíferos, sino para denominar procesos tales como la regeneración de apéndices perdidos, capacidad que algunos animales tenían.⁷⁵ De las mujeres, cuando tenían hijos, se decía que habían florecido y participado en la fructificación o *generación*, concepto que tenía connotaciones de creación divina.

Desde que Aristóteles escribió *Sobre la generación de los animales* hasta que en 1561 William Harvey escribió *De Generatione Animalium*, las explicaciones sobre la reproducción habían cambiado muy poco. Sin embargo, desde la segunda mitad del XVII esta área de conocimiento comenzó a estar llena de actividad y se elaboraron diversas teorías que aunque entraban en conflicto coexistieron durante bastante tiempo.

⁷⁴ Ese trabajo publicado en 1807 tenía como título original:

Consideratións physiologiques sur le pouvoir de l'imagination maternelle durant la grossesse, et sur les autres causes, prétendues ou réeles, des difformités et des variétés naturelles. Cit. en Epstein, J. [1995] p.142.

⁷⁵ Véase Laqueur, T. [1990].

En el siglo XVIII seguía sin existir una teoría unánimemente aceptada por los científicos para explicar los procesos reproductivos⁷⁶. Por ejemplo algunos, como Turner, defendían la epigénesis que tal como era concebida en la época explicaba que el embrión se desarrollaba estructural y secuencialmente en el útero aumentando de tamaño y produciéndose una progresiva diferenciación de sus órganos.⁷⁷

Otra forma de dar cuenta de la reproducción humana era mediante el *preformacionismo*, teoría que suprimía el problema de la formación del nuevo ser y simplemente explicaba como se desarrollaba. A pesar de no ser una teoría moderna, pues aparecía ya en un gran número de tratados médicos a finales del siglo XVII, ni estar aceptada de forma unánime por la comunidad científica, en el XVIII consiguió mayor aceptación y sus defensores la sostenían con gran fuerza. En ella se afirmaba que toda la estructura humana existía en miniatura antes de la concepción en lo que hoy denominaríamos *células germinales*. Tenía diferentes versiones, pudiendo entenderse de una forma radical o moderada. Blondel defendía el modelo que gozaba de mas aceptación, el *animaculismo*,⁷⁸ que explicaba la reproducción afirmando que el ser humano se encontraba ya preformado en el semen masculino y sólo crecía en el cuerpo materno⁷⁹.

Con respecto a la mente y a los procesos cognitivos, en la época moderna se prestó mucha atención a la imaginación, entidad que se concebía como una facultad de la mente con efectos específicos sobre el cuerpo y que operaba

⁷⁶Para ver las diferentes teorías puede consultarse, entre otros, Rostand, J. [1930]; Needham, J. [1959].

⁷⁷ En 1759 Kaspar Friedrich Wolff como no observó embrión en los huevos de gallina no fertilizados, utilizó ese dato como prueba que confirmaba la epigénesis. Needham, J. [1959].

⁷⁸ Otra versión del *preformacionismo* fué el *ovismo* que consideraba los huevos femeninos como el depósito para el "homúnculo". Esta versión pareció reforzarse por el descubrimiento que había hecho Regnier de Graaf, en 1672 del folículo ovárico. Malpighi también defendía el ovismo, pues descubrió que los huevos, que él creía no fertilizados, de la gallina poseían el pollito en miniatura. La versión extrema del *preformacionismo* defendida entre otros por Haller mantenía que todos los seres humanos que iban a nacer existían desde la creación en el ovario del primer ancestro.

⁷⁹ Leuwenhoek *pudo ver* el espermatozoide con un microscopio perfeccionado y creyó que el espermatozoide contenía a un ser humano en miniatura.

involuntariamente. Esta función mental era caracterizada, no como una facultad racional, sino como una actividad incontrolada, incapaz de soportar frenos ni limitaciones, esforzada siempre en impedir la lógica, que confundía las distinciones y rompía los límites del orden⁸⁰.

Sobre la percepción, Turner al igual que Blondel, tenía una concepción empirista. Ambos seguían de forma implícita la línea de pensamiento iniciada por Locke quien en 1690 había mantenido en su *Ensayo sobre el entendimiento humano*, que todas las ideas mediante las cuales conocemos, son producidas por las impresiones y que éstas a su vez procedían de la experiencia sensorial. Ambos, siguiendo el mismo enfoque empirista, entendían que los deseos femeninos se generaban pasivamente a partir de las impresiones recibidas en la mente. Desde esta concepción las argumentaciones adquirirían habitualmente la misma forma. En ellas se conectaba causalmente la pasiva recepción de la experiencia sensorial, procedente del exterior, con la producción de deseo.

Como empirista, Turner adoptaba una posición de carácter sensualista al afirmar que los objetos del mundo exterior llegaban a la mente a través de los sentidos en forma de impresiones. En la época no existía un modelo científico que explicara la fisiología de la sensación⁸¹ y la percepción se describía por medio de una serie de entidades filosóficas y anatómicas. Una de ellas era el sensorio que a pesar de entenderse como una estructura neurológica era, al mismo tiempo una noción bastante indeterminada de modo que servía para solucionar el problema de la incomunicación de las dos sustancias que el dualismo, arraigado en la cultura occidental y reforzado por el cartesianismo, había producido. Al sensorio se le asignaron sedes orgánicas diversas, según fuera la idea que los distintos anatomistas tuvieran sobre las zonas cerebrales origen de los nervios

El sensorio, a pesar de su complejidad y precisamente por haber sido concebido como una entidad mental y fisiológica, posibilitaba explicar el proceso cognitivo mediante el cual los objetos físicos del mundo externo llegaban a la mente en forma de impresiones. Así, el problema de la comunicación entre el

⁸⁰ Véase Rousseau, M.G.S. [1969], p. 108-135.

⁸¹ Tengamos en cuenta que hasta la década de 1820 no se descubrirían las funciones sensitivas y motoras de las raíces de los nervios de la médula espinal que permitió describir la fisiología de la sensación.

mundo exterior de naturaleza física y la representación mental de la percepción aunque filosóficamente no fue solucionado, fue transformado por los científicos y convertido en algo que podía resolverse a través de la noción de sensibilidad, concepto conectado con el descubrimiento en el siglo XVIII del sistema nervioso. Ésta estructura anatómica a su vez se concibió, no como una red de transporte para los sentidos y mucho menos como mecanismo que llevase la respuesta motora, sino como una estructura a través del cual la mente y el cuerpo se comunicaban, como una entidad mediadora entre el mundo físico y la mente. Esta forma de entender el sensorio hizo que algunos científicos llegaran incluso a afirmar explícitamente que el sistema nervioso era un sensorio común mediante el cual las sensaciones eran llevadas por los nervios y presentadas a la mente⁸².

Que Turner afirmara que la mente materna dejaba una huella en el feto no era una idea extraña a la ciencia del siglo XVIII que admitía la posibilidad de la acción a distancia. En la época moderna algunos anatomistas mantenían que la interacción entre dos partes distantes del cuerpo era posible y se realizaba a través de fibras existentes en los nervios que contactaban entre sí. Otros explicaban la interacción entre órganos distantes de forma diferente y sostenían la existencia de una función estrechamente vinculada con el sensorio común, llamada *simpatía*⁸³. Ésta noción, aunque podía entenderse por diferentes científicos de distinta forma, en términos generales se definía como:

*"... cuando un órgano es afectado por otro mas o menos lejano"*⁸⁴.

El importante anatomista y médico de Montpellier, Jean Astruc [1684-1766], además de hacer una descripción fisicalista del sensorio al que situaba en la sustancia cerebral blanca, se ocupaba de la simpatía explicándola también en términos físicos y utilizando la idea de movimiento reflejo. Según explicaba, cuando la mente recibía un estímulo, en ocasiones chocaba en el cerebro y se reflejaba formando un ángulo igual al de incidencia, de esta forma se proyectaba

⁸² Citado por Figlio, K. [1975] p.200.

⁸³ Puede consultarse, Rousseau, G.S. [1990].

⁸⁴ Leys, R. [1980] 4, p. 7.

y producía efectos en partes distantes del cuerpo. Como ejemplo de esta acción a distancia mencionaba el estornudo diciendo que cuando se producía por una irritación en las fosas nasales provocaba un movimiento incontrolable e involuntario en una zona alejada del cuerpo⁸⁵.

La *simpatía*, aunque fuese una noción confusa y poco determinada, al servir para explicar la acción de un órgano sobre otro distante, se adaptaba bastante a la forma en que se concebía la forma de actuar la imaginación maternal. Así pues podría haberse utilizado para dar cuenta de cómo las impresiones, desde la mente, ejercían su acción dañina en el feto.

Sin embargo, Turner no utilizó esta, ni ninguna otra noción, para fundamentar su posición, ya que en la controversia que inició nunca tuvo que argumentar para defender que la imaginación de la embarazada pudiera producir efectos sobre el niño que se estaba gestando en su útero. Y no necesitó hacerlo porque todos los médicos que intervinieron en el debate estaban de acuerdo en admitir que la mente de la mujer estaba conectada con su sistema reproductivo.

5.2. La naturaleza del debate.

Turner sostenía que los deseos escondidos en la mente femenina podían ser la causa de los daños fetales:

*"...los deseos de una mujer embarazada, si no se satisfacen, pueden producir marcas o malformaciones."*⁸⁶

Y afirmaba que era peligroso para el feto el contacto de la madre con el mundo exterior pues de la experiencia sensorial se derivaba el deseo de la embarazada que Turner concebía como algo no intencionado, que escapaba al

⁸⁵ Su obra es de 1765. Cit. en Epstein, p.138-39.

⁸⁶ Op. cit. P. 130.

control y la voluntad femenina. Su posición coincidía con las creencias populares en las que la mente femenina era representada con una tendencia al desorden e incapaz de autodominio. Y precisamente en esa falta de control radicaban los devastadores efectos que se le atribuían.⁸⁷

Sostenía Turner que las compulsiones incontrolables de las gestantes podían ser de diversa índole, como por ejemplo dedicarse a actividades religiosas, tener relaciones sexuales o comer fruta. Llamaba la atención sobre el apetito desmesurado de las gestantes y el peligro que suponía que un deseo acuciante de comer, por ejemplo fresas, quedara insatisfecho, porque entonces el niño nacería con la marca de una fresa en su cuerpo. Concebía la imaginación maternal como:

"... una facultad del alma sensitiva y un poder fisiológico que residía en el cerebro y operaba irradiando fluido nervioso hacia dentro en respuesta a las impresiones que recibía de los órganos externos."⁸⁸

En la descripción que hacía del proceso mediante el cual la mente femenina recibía la impresión del objeto que desencadenaba el deseo, conectaba entidades mentales con otras de naturaleza fisiológica:

"... Si (el objeto) es deseable, la inclinación del alma es llevada a un callejón sin salida y lo abraza ardientemente esforzándose en unirse a aquello (...) la más distante irradiación se extiende en placer mientras que los espíritus animales siendo transportados en una clase de aplauso dentro del cerebro, están constantemente excitando la mayoría de las ideas placenteras del mismo..."⁸⁹

⁸⁷ "La imaginación traslada el deseo de la madre de una forma que escapa a su voluntad y su propio entendimiento; por ello no puede producir un efecto estético" Huet, M.H. [1983], p.52.

⁸⁸ Cit. en Epstein, J. [1995] p.129.

⁸⁹ En el texto original:

"If it be desirable the whole Bent of the Soul is carried forth to court and embrace it,

Para describir los efectos que el deseo producía en el cuerpo femenino, Turner adoptaba un lenguaje lleno de metáforas. Según él, los anhelos maternos desecadenaban un proceso en el que:

*"... activando vivamente el sistema nervioso, produce que ojos, cara, manos y todos los miembros, brillen y salten de alegría; Posteriormente sacudiendo el corazón de forma más completa por la influencia del cerebro, distribuido por medio de los nervios, ellos se introducen mas rápidamente por medio de la sangre y como una llama brillantemente incandescente que irradia luz, llena de sangre que proporciona vigor a todas las partes del cuerpo."*⁹⁰

Con similares recursos lingüísticos describía los efectos dañinos que la imaginación maternal producía en el feto:

" Por el contrario, si algo aparece ante la imaginación como atroz y terrible, al mismo tiempo que el alma se hunde y contrae en un espacio estrecho, los espíritus que habitan en el cerebro, como si fueran golpeados y agitados por un ímpetu, provocan solo tristeza y apariencia temerosa(...) y en consecuencia el semblante se destruye, los miembros crecen enfermizamente, y el corazón, a causa de los nervios que transportan la misma afección desde el cerebro, aparta la

earnestly endeavouring to be united thereunto, she is (...) stretched for in Pleasure to the utmost irradiation, while the animal Spirits in a kind of Ovation being carried within the Brain, are constantly exciting the most pleasing Ideas of the same..." Daniel Turner [1714] p.p. 158-160.

⁹⁰ El texto original:

"... and lively acting the nervous Sistem, causes the Eyes, Faces, Hands, and all the Members to shine and leap for Joy; farther, more fully also shaking the Praecordia by the Influence of the Brain, delivered bu Means of the Nerves, the thrust forth the Blood more rapidly, and as a Flame more brightly inkindled, por forth the same with Vigour into all Parts of the Body." Ibidem..

sangre de su debido curso (...) que además siendo (la sangre) acumulada en el mismo lugar (...) provoca una angustiosa opresión al corazón; Mientras las partes exteriores, privadas del flujo circulatorio necesario, languidecen y crecen desordenadas: De modo que los cambios y alteraciones que actúan sobre nuestros cuerpos (...) por este poder de la imaginación, son casi increíbles."⁹¹

Confesaba no conocer el mecanismo mediante el que se producían las lesiones. Se limitaba a aludir a un fluido nervioso que emanaba de la mente después de recibir las impresiones a través de los órganos externos y que se irradiaba hacia el interior del cuerpo. Respondiendo a la cuestión de cómo se realizaba el contacto de la mente de la madre con cuerpo del niño, respondía que conocer:

*" ... cómo estas extrañas alteraciones pueden haberse producido solamente por la fuerza de la imaginación y (cómo es posible que) el feto (quede) marcado, herido y mutilado como si se hubiera hecho con un arma mientras que la madre queda ilesa, debo confesarlo sinceramente, supera mi entendimiento..."*⁹²

Turner era muy minucioso en la descripción de los estados mentales

⁹¹ En el original dice :

" On the contrary, if it appear dreadful or grievous to the Imagination, whilst the Soul sinks down contracted into a narrower Space, the Spirits inhabiting the Brain, as if struck down by Flight and troubled, put on only sad and fearfull Looks (...) and hence the Countenance is dejected or cast down, the Limbs grow feeble, and the Praecordia being contracted and bound together, but the Reason of the Nerves carrying the same Affection from the Brain, restrain the Blood from its due Excursion (...) Wich being thus heaped up in the same Place (...) brings on a troublesome Oppression at the Heart ; whilst in the mean Time the exterior Parts, deprived of their wonted Influx, languish and grow disordered : So that the Changes and Alterations wrought upon our Bodies (...) by this Power of Imagination, are almost incredible..." Turner, D. [1714] p.p. 158-160.

⁹² Op. cit.

femeninos que podían dejar huella en el feto. Por ejemplo, según él, la mente estaba especialmente activa cuando experimentaba compulsiones por la comida, es decir, cuando era presa de deseos obsesivos de comer determinados alimentos y también cuando era dominada por las pasiones. Por el contrario, entendía que la percepción de situaciones traumáticas, o de personas o situaciones desagradables o amenazadoras, eran estados pasivos de la mente, en los que la mujer recibía las impresiones del exterior. Y también en esos estados de recepción sensorial pasiva, la mente materna podía producir de manera involuntaria los daños fetales.

A pesar de mantener Turner que la imaginación, cuando infligía los daños al recién nacido, actuaba de manera no deliberada, consideraba a las madres responsables, por haber tenido comportamientos, pensamientos y deseos que había desencadenado la actividad nociva de su mente. Por consiguiente, recomendaba a las embarazadas evitar experiencias que pudieran alterar su psicología y restringir toda clase de actividad. Les aconsejaba, sobre todo, suprimir toda actividad mental que pudiera implicar deseo evitando o limitando al máximo su relación con el mundo exterior para impedir que las impresiones producidas por algún suceso, deseado o temido, pudieran causar en su mente un gran impacto y dañar el feto.

Blondel expresaba su rechazo a la explicación *imaginacionista* con dos tipos de argumentos. En primer lugar subrayaba que la posición de Turner era injusta para la mujer y aunque decía que se sustentaba en prejuicios no examinaba de qué naturaleza eran. Simplemente defendía a las madres de niños deformes de la crueldad que con ellas tenían los médicos que les acusaban de haber provocado las anormalidades. En segundo lugar argumentaba en contra utilizando la teoría animaculista y defendía a las mujeres de las acusaciones de Turner utilizando como argumento el papel despreciable que, según él, la madre tenía en el proceso de formación del feto. Razonaba diciendo que cómo era posible que la imaginación maternal pudiera producir en el niño marcas y deformidades, teniendo en cuenta que éste procedía del semen viril y con respecto a la madre era solo un pasajero que se encontraba en el seno materno por un corto periodo de tiempo:

"Si el padre con la fuerza de su imaginación no pudo causar ningún

cambio en el animáculo que estuvo originalmente en su cuerpo, deseo saber por qué la madre debería reclamar ese privilegio excluyendo de él al padre."⁹³

5.3. Invisibilidad de valores en supuestos compartidos.

La controversia sobre el poder de la imaginación maternal se sustentaba en una serie de creencias cuya veracidad nunca fue argumentada ni debatida, precisamente porque formaban parte de los supuestos no declarados que ambas posiciones compartían.

La creencia social de que, en la mujer, mente y útero estaban conectados era comúnmente aceptada por los científicos del siglo XVIII. Esta idea no se cuestionaba en las ciencias biomédicas y se la consideraba tan evidente que incluso se había utilizado para defender el *animaculismo* cuando el parecido materno que se observaba en muchos niños parecía refutar la asección animaculista de que los seres humanos se encontraban previamente formados antes de su nacimiento en el semen paterno. Los defensores de la teoría afirmaban que tal semejanza era producida porque las madres vanidosas, cuando se miraban frecuentemente al espejo durante el embarazo, el reflejo de su imagen pasaba de los ojos a su mente y desde ella la imaginación la transportaba hasta el feto dejando en él la huella del rostro materno y provocando el parecido⁹⁴.

Todos los médicos que tomaron parte en la controversia, cualquiera que

⁹³ El texto original de Blondel es en inglés y dice:

"If the Father could not cause, by the Strength of Imagination any change in the Animacule wich was originally in his Body; I desire to know, why the Mother should plead that Priviledge in Esclusion to the Father?, Blondel, J.A.(1727), p.p. 47.

⁹⁴ Vease Roe S.A.[1981].

fuese la posición que adoptaban en el conflicto, compartían la idea de la conexión mente - útero materno. Blondel, a pesar de declararse en contra de que la imaginación pudiera producir las marcas y deformidades congénitas, sostenía de forma explícita que la mente femenina podía producir efectos en el feto:

*"Esto no está en discusión; pero lo que yo niego es que la atención intensa que la mente materna preste a un determinado objeto pueda causar una determinada marca sobre el cuerpo del niño."*⁹⁵

La idea de que el sistema reproductivo de la mujer estaba conectado con su mente formaba parte de los supuestos que compartían los médicos que intervinieron en la controversia y era usada incluso por los partidarios de Blondel para combatir las aseveraciones imaginacionistas. Por ejemplo, Bellet afirmaba que culpar a las madres de producir las malformaciones congénitas era:

*"... para ellas tan horrible que la ansiedad que les provocaba, podía producir que imaginaran padecer enfermedades y que se hicieran reales y afectaran al feto en el útero."*⁹⁶

De esta forma, al defender a las mujeres de las acusaciones de los *imaginacionistas* utilizando argumentos impregnados de creencias que con ellos compartían, terminaban haciendo afirmaciones muy cercanas a aquellas que pretendían negar y se acercaban de forma sorprendente a las tesis que supuestamente combatían. Es decir, afirmaban que la mente materna no producía anomalías fetales, pero que si los médicos asustaban a las embarazadas diciéndoles que las podían causar, la ansiedad que esta afirmación provocaba en sus mente podía dañar gravemente al niño que estaban gestando.

Y es que los científicos que debatieron acerca del origen de las malformaciones congénitas también estaban de acuerdo con respecto a que la mente femenina era una entidad peligrosa. La explicación que Turner daba de las

⁹⁵ Blondel. J.A. [1727] p.p. 10-11.

⁹⁶ Citado en Epstein, J. p. 137.

marcas y deformidades neonatales se sustentaba en la idea de que la imaginación maternal tenía la capacidad de dañar al feto. Blondel, aunque no admitía esa explicación, sorprendentemente también sostenía que las impresiones y deseos que contenía la mente materna, podían producir en el feto estragos e incluso la muerte:

"... una sorpresa repentina, una violenta pasión de ira, una extraordinaria aflicción, o una aprehensión de peligro podía producir aborto. Y también que la desilusión provocada por los anhelos de la madre la hacían consumirse y ello podía privar al niño de suficiente nutrición debilitándole y arriesgándole a perder su vida."⁹⁷

De este modo en el debate nunca se discutió sobre la capacidad mental de la madre para producir daños en el niño que se gestaba en su cuerpo porque nunca se puso en cuestión la conexión entre la mente femenina y su sistema reproductivo. Tampoco se sometió a debate si la imaginación maternal tenía, o no, carácter nocivo porque se sustentaba en la idea del desorden mental femenino. Esta creencia tampoco se discutió porque los médicos alineados en posiciones distintas creían que la mente de las mujeres era desordenada, caótica y tenía una tendencia natural hacia el desequilibrio. Turner mantenía que la embarazada podía ser presa de obsesiones y deseos compulsivos. Blondel también la veía como un ser potencialmente dañino para el hijo que llevaba en su seno. Llamaba la atención sobre el peligro que entrañaban para el feto, las conductas desordenadas a las que estaban predispuestas las mujeres:

"... que el niño podía sufrir por su intemperancia, (...) por la irregularidad de su dieta, y de sus acciones, por bailar, correr y saltar, montar a caballo, por reír en exceso, (...) y cualquier otra agitación del cuerpo."⁹⁸

⁹⁷ Op. cit. p.149.

⁹⁸ Blondel también consideraba que las conductas desordenadas de la embarazada podían hacer que el feto quedara expuesto a otros peligros como accidentes, grandes caídas, grandes corrientes de aire o frecuentes estornudos. Cit. en Epstein, J. [1995] p. 144.

Los médicos en el siglo XVIII concebían la mente femenina como una entidad que tendía al desorden y estaba sometida a los vaivenes de intensas pasiones. Esta idea llevaba a Jean Astruc a mantener que el desorden de la psicología femenina podía tener efectos nocivos sobre el feto, poniendo de relieve la predisposición de la mujer para caer en el exceso. En su obra *Traité des maladies des femmes* enumeraba las emociones intensas que podían dominar a la embarazada y su consejo era que reprimieran su tendencia a perder el control pues:

*"Las pasiones del alma tales como la cólera, la pena, el miedo, la tristeza, cuando una se entrega con demasiada fuerza a ellas, pueden dañar la conservación del embrión, causan a menudo el aborto al principio del embarazo. Es preciso exhortar a la mujer embarazada a contenerse y lo que es mas seguro, evitarle todas las ocasiones que pudieran impresionarla intensamente."*⁹⁹

En definitiva, aunque los médicos discrepaban con respecto al origen de las malformaciones congénitas, estaban de acuerdo en cuanto a que la mente de la mujer estaba conectada con el sistema reproductivo, tenía una tendencia al desequilibrio mental y era capaz de producir daños en el feto.

6. La valoración de la mujer en las ciencias biomédicas.

Los científicos que tomaron parte en el debate sobre el poder de la

⁹⁹ El texto original es:

" Les passions de l'âme, comme la colère, le chagrin, la peur, la douleur, peuvent nuire à la conservation de l'embryon, & causent souvent l'avortement dans le commencement de la grossesse, quand on s'y livre trop vivement. Il faut donc exhorter la femme enceinte à se contenir, & ce qui est plus sûr, lui éviter toutes les occasions qui pourroient l'affecter vivement". Op. cit. p.241.

imaginación maternal, además de compartir creencias ideológicas sobre la mente de la mujer también estaban de acuerdo en valorar negativamente su papel en el proceso reproductivo.

Esta clase de infravaloración tiene, en la cultura occidental, un precedente ilustre en la figura de Aristóteles quien al explicar la generación humana situaba a la mujer con respecto al varón en un segundo plano cuando mantenía que la forma del recién nacido era aportada por el padre, mientras que la madre aportaba la materia informe.

El *animaculismo* también valoraba negativamente a la mujer al convertirla en una parte insignificante del proceso reproductivo ya que en esta teoría se afirmaba que la totalidad del individuo estaba previamente formado en el semen del padre.¹⁰⁰ Por consiguiente Blondel como partidario de animaculismo transformaba su defensa de la mujer en algo peyorativo ya que sostenía que el papel de la madre en el proceso reproductivo no era relevante y convertía a las mujeres gestantes en meros contenedores pasivos donde se formaba el feto.

Turner en cambio adjudicaba a las mujeres un papel relevante dentro del proceso de la reproducción de la especie, pues reconocía que el hijo se iba formando en su cuerpo. Sin embargo, también valoraba negativamente a las mujeres porque convertía la posición privilegiada que adjudicaba a la madre en el proceso de formación del feto en un peligro potencial al sostener que la mente materna podía producir lesiones de nacimiento. Por ese motivo, desde la posición de Turner, aunque se dotara de relevancia a la función femenina en el proceso mediante el cual se desarrolla el embrión, a su vez se concebía a la madre como una amenaza, como un peligro.

Así pues, las dos posiciones en conflicto compartían creencias y valores de género porque sus argumentos se sostenían en la idea de la inferioridad femenina. Los médicos del siglo XVIII valoraban a las mujeres de forma coherente con la inferior posición que ocupaban en el sistema social.

La coherencia de algunas teorías científicas con los valores y creencias de la sociedad patriarcal servía para reforzarlas ya que por sí mismas nunca se

¹⁰⁰ Científicos tales como Leeuwenhoek y Hartsoeker afirmaban que los diminutos seres fueron colocados allí directamente por Dios para garantizar la continuidad de las especies hasta la eternidad.

habrían mantenido en otros ámbitos de conocimiento debido a su falta de objetividad. Por ejemplo, que el animaculismo estuviera vigente en el siglo XVIII solo puede explicarse porque sus aserciones contenían valores que coincidían con los de un sistema social en el que las mujeres ocupaban una posición subordinada y que se reforzaba con una ideología que afirmaba su inferioridad. Por este motivo en la época moderna esta teoría tenía numerosos defensores a pesar de que si se hubieran tenido en cuenta los hechos que la refutaban, ni siquiera debía haber sido construida. Porque Vesalio, ya en 1543, había presentado la primera descripción de la anatomía placentaria que, con su estructura morfológica, apuntaba claramente al papel fundamental de la madre en la producción del recién nacido. El *animaculismo* como teoría embriológica, persistió bastante tiempo a pesar de que hallazgos como la existencia placentaria o hechos evidentes como el parecido entre madres e hijos, ponían de relieve su falta de objetividad y debían haber conducido a su rechazo. Sin embargo, estaba tan fuertemente protegida por la ideología masculina que en 1762 James Cooke escribió en su *New Theory of Generation* que el *animaculismo* se había confirmado¹⁰¹. Fue necesaria mucha evidencia para que fuese definitivamente abandonado. Así ocurrió cuando los experimentos de Lazzaro Spallanzani en 1775, inseminando artificialmente a perros, demostraron que para la producción de un embrión eran necesarios tanto el óvulo como el esperma. Sólo entonces las ideas preformacionistas comenzaron a desvanecerse¹⁰². Pero se elaborarían otras teorías sobre las mujeres también carentes de objetividad, cuyo mérito más importante radicaría en ser coherentes con los valores del sistema de género.

¹⁰¹ Cit por Tuana, N. [1989].

¹⁰² En 1876 Oskar Hertwig demostró que el esperma *penetra* el óvulo y por consiguiente la participación de los dos progenitores.

Capítulo 2.

El concepto científico de naturaleza femenina.

1. Introducción.

El debate moderno sobre las malformaciones congénitas desapareció sin resolverse en un sentido ni en otro. Sin embargo, las creencias generadas por la desconfianza masculina hacia la mujer por su papel en el proceso reproductivo se mantuvieron intactas. Esas ideas jugaron un papel importante en las ciencias biomédicas del siglo XIX cuando, condicionadas por factores sociales, se ocuparon de estudiar la naturaleza femenina.

Durante el siglo XIX Gran Bretaña experimentó cambios importantes que fueron consecuencia de dos acontecimientos, la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, que se produjeron en Europa de forma casi simultánea a finales del siglo XVIII y que transformaron la economía y la política. La industrialización, al mecanizar y concentrar la fuerza del trabajo transformó la agricultura y la artesanía, aumentó la productividad y puso en marcha una época de prosperidad sin precedentes. Sin embargo, el bienestar económico no se repartió entre la población y a lo largo del siglo XIX se fueron incrementando las desigualdades sociales. En el campo, las diferencias se fueron haciendo cada vez más profundas ya que desde 1760 el Parlamento, con la justificación de que la explotación agrícola mecanizada era más eficaz si se realizaba en grandes extensiones de terreno, fue promulgando leyes que permitían a los grandes

terratenientes apoderarse de las tierras públicas.¹⁰³ Estas actuaciones empobrecían a los pequeños propietarios porque les hacían perder las tierras comunitarias que tradicionalmente habían utilizado para alimentar su ganado. Muchos de ellos, al no poder competir en el mercado con los grandes terratenientes, acabaron vendiendo sus pequeños terrenos y pasaron a formar parte de las grandes migraciones de población rural que constituyeron en las ciudades la mano de obra barata de la Revolución Industrial. En los núcleos urbanos las diferencias de clase también aumentaron y se justificaban por el aumento de inversión que necesitaba la industrialización y que exigía mayor acumulo de capital y mantener bajos los salarios de la clase trabajadora.

Con respecto a los derechos ciudadanos, tampoco existía igualdad y el sistema distaba mucho de ser democrático. A pesar de que desde 1688 el Reino Unido había dejado de ser una monarquía absoluta y se habían limitado los privilegios de la nobleza, el sistema parlamentario mantenía los privilegios de clase. El derecho a voto era muy restringido pues hasta 1832 solo el 11% de los varones adultos podía votar, llegándose, con las reformas realizadas ese año al 18%. Ninguna mujer, cualquiera que fuera su clase social, disfrutaba de tal derecho.

En medio de esas desigualdades los ideales de la Revolución Francesa se fueron extendiendo entre los diferentes grupos sociales. El cambio político y la democracia universal se constituyeron en valores de los nuevos tiempos¹⁰⁴. Comenzó a considerarse legítimo y deseable que el poder dejase de estar en manos de las clases privilegiadas representadas en el Parlamento y que pasara a otros grupos. Este cambio tenía que responder a la expresión de la voluntad popular y ser compartido por todos los hombres. El nuevo concepto de *soberanía popular*¹⁰⁵ comenzó a defenderse como ideal político. La idea de que el poder

¹⁰³ Entre 1760 y 1815 se promulgaron 2900 leyes de adjudicación de terrenos.

¹⁰⁴ Históricamente el cambio político se había considerado un estado de cataclismo y excepción y valorado negativamente. Por ese motivo quienes lo provocaban, cuando tomaban el poder lo interpretaban en términos de restauración de un supuesto orden antiguo que previamente había sido subvertido.

¹⁰⁵ Este es un concepto acuñado en Francia una década después de la Revolución. Smith, S. Booth, K. y Zalewski, M. [1996].

radicaba en el pueblo, se sustentaba en las aspiraciones de igualdad y justicia social que, después de la Revolución Francesa, se extendieron entre los diversos colectivos del país gracias a la movilidad social y laboral así como a la mejora de las comunicaciones de la nueva era industrial.

No obstante, los valores de la modernidad entraban en conflicto con una realidad social en la que el capitalismo unido a la Revolución Industrial estaban generando grandes desigualdades. Éstas pertenecían a la propia estructura del sistema económico, ya que su esencia es la acumulación de riqueza que solo puede conseguirse sobre la base de la injusticia y las diferencias de clase. Por consiguiente, soberanía popular y cambio político representaban un peligro para la supervivencia del sistema capitalista por lo que resultaba necesario hacer compatibles las desigualdades económicas y la democracia universal, entendida esta última como poder económico, social y político compartido. Esta conciliación fue realizada a través de las ideologías decimonónicas y la ciencia.

2. Liberalismo y derechos democráticos.

Las ideologías fueron, en líneas generales, el fundamento teórico para un conjunto de estrategias que permitieron organizar la sociedad haciendo compatibles valores políticos y económicos contrapuestos¹⁰⁶.

Cada una de ellas interpretó la nueva situación de forma diferente. El *conservadurismo*, hasta 1830 rechazó radicalmente el cambio político y la democracia universal. Adoptando una actitud regresiva continuó defendiendo la monarquía, la comunidad, la familia y la Iglesia, proponiendo una alianza interestatal para conservar el *antiguo régimen*. Otra de las ideologías, llamada indistintamente *republicana*, *socialista*, *radical* o *demócrata*, defendía abiertamente la necesidad de realizar cambios con el objetivo de que el poder pasara a ser detentado por el pueblo. El *liberalismo*, la tercera ideología decimonónica, consideraba que el cambio político debía planificarse de forma

¹⁰⁶ Este apartado sigue el clásico análisis de Wallerstein, I. [1974]; [1996].

racional porque con respecto a la idea de soberanía popular planteaba algunas reservas. Aunque los liberales defendían que el poder, teóricamente, residía en el pueblo, en realidad mantenían que las clases bajas compuestas por personas incultas y menos racionales no podían controlar las decisiones políticas. Por lo tanto proclamaban que, antes de llegar a la democracia universal era necesario generalizar la educación y mientras tanto el poder debía quedar en manos de las clases cultas que irían poniendo en marcha reformas racionales, limitadas y no demasiado rápidas.

Las revoluciones obreras de mediados de siglo suavizaron las diferencias entre las diferentes ideologías. El liberalismo, al proponerse como centro del consenso político se convirtió en hegemónico y llevó a cabo un programa de acción política. Sus reformas fueron apoyadas por conservadores y demócratas, consiguieron desactivar la acción antisistema de los movimientos socialistas y los trabajadores urbanos¹⁰⁷.

La primera de ellas consistió en conceder el derecho a voto a todos los varones. El sufragio universal masculino fue presentado por los liberales como la realización del ideal democrático y se utilizó por el sistema para mostrar que, en el Reino Unido, la democracia universal se había conseguido. Se sostenía que, gozando todos los ciudadanos de los mismos derechos, el mercado libre garantizaba la igualdad de oportunidades ya que sus reglas eran consideradas universalmente válidas tanto para compradores como para vendedores. Se argumentaba que las desigualdades sociales surgidas del intercambio de bienes no eran fruto de privilegios de clase sino que estaban producidas por la diferente eficacia productiva de los individuos en un juego limpio de libre competición.

Con el sufragio universal masculino el Estado Liberal aparentemente aplicaba el principio de los derechos universales de los individuos y permitía al

¹⁰⁷ Algunas de ellas tenían como objetivo paliar los devastadores efectos que el capitalismo unido a la Revolución Industrial estaba produciendo en amplios sectores de la población condenándolos a una extrema pobreza. Fueron terminadas de realizar entrado el siglo XX y recogidas en el concepto de "estado de bienestar" y permitieron mantener intacto el sistema. Otras estaban encaminadas a favorecer el conformismo social y la aceptación de un sistema esencialmente injusto promoviendo el patriotismo ciudadano a través de la educación y la instauración del servicio militar obligatorio. El examen de estas reformas y los objetivos que mediante ellas el sistema pretendía alcanzar están expuestas en Wallerstein, I.[1996].

sistema preservar las desigualdades sociales. Al eliminar los privilegios de voto que para la estructura económica resultaban irrelevantes siempre y cuando se siguieran manteniendo el resto de las diferencias, se podía mantener que existía igualdad de derechos y oportunidades. Así se podía afirmar también que las desigualdades socioeconómicas existentes entre los grupos humanos estaban producidas por sus diferencias naturales y eran por tanto inevitables. De esta forma se neutralizaba la amenaza que para el capitalismo suponían las ideas de soberanía popular y cambio político, preservando la injusticia y desigualdad, porque en la sociedad británica del XIX un verdadero mercado libre y un Estado igualitario era inviable por la subyacente y no declarada razón de ser del sistema económico. Presentando el voto masculino como la prueba fehaciente de que la igualdad entre los seres humanos se había conseguido, se mantenían todas las condiciones necesarias para preservar las diferencias que la acumulación de capital requería. Y se conseguía preservar la estabilidad política necesaria para mantener las diferencias de clase en las que se sustentaba la economía capitalista por medio de mercados monopolizados y división del trabajo con asignación de tareas a grupos desigualmente recompensados.¹⁰⁸

3. La discriminación social de la mujer.

El llamado sufragio universal, no era tal, sino solo masculino porque a las mujeres no les fue concedido el derecho a voto. Cuando como ciudadanas exigieron que sus derechos se equipararan a los de los varones, sus demandas no fueron tenidas en cuenta. Sus reclamaciones de justicia e igualdad se ignoraron y fueron dejadas fuera del proceso político sin ser consideradas sujetos de derecho. Tampoco se les permitió entrar en los sindicatos ni en los partidos políticos de la clase trabajadora, manteniéndolas discriminadas, en la posición social subordinada que siempre habían tenido.

Los motivos para mantener esta discriminación eran muy fuertes y

¹⁰⁸ Op. cit.

estaban enraizados en el sistema económico y en la ideología patriarcal que se reforzaban mutuamente. Por un lado la discriminación femenina era una pieza clave para el capitalismo porque contribuía de forma importante a la acumulación de riqueza, evitando su distribución de forma equitativa. La organización de género permitía una división del trabajo en función del sexo de los individuos que resultaba esencial para la economía. En la segunda mitad del siglo XIX las mujeres constituían el grupo humano de mano de obra barata más numeroso de todo el sistema. El número de mujeres asalariadas en el Reino Unido en esa época representaba alrededor del 30% del total de la población activa¹⁰⁹, y ese trabajo, aunque retribuido, era muy beneficioso para el capitalismo porque sus sueldos eran mínimos, muy inferiores a los que percibían los varones. Además las mujeres se ocupaban de las tareas domésticas y el cuidado de niños y ancianos de forma gratuita. Y al haber sido relegadas en estos modos de producción que previamente habían sido definidos como *no trabajo*, contribuían a la acumulación de capital porque no recibían retribución alguna¹¹⁰. De esa situación se beneficiaba doblemente el sistema porque, al desempeñar las mujeres esas tareas, los varones podían cumplir jornadas laborales extensas y agotadoras pues sus necesidades personales eran atendidas por los miembros femeninos de la familia. Además, la dependencia familiar del salario masculino contribuía a que los hombres aceptaran condiciones laborales muy duras que contribuían también a la acumulación de capital.

Las mujeres británicas respondieron a la discriminación de que eran objeto fundando organizaciones feministas. El Estado reaccionó ante los movimientos de liberación femenina con la represión y quienes insistieron en sus reivindicaciones rebelándose contra las leyes de una sociedad injusta, fueron consideradas tan peligrosas como el más rebelde revolucionario. La respuesta del sistema se tradujo en un mayor control social, regulándose más estrictamente muchas áreas de las vidas femeninas, especialmente las relacionadas con sus funciones

¹⁰⁹ En 1851 las mujeres asalariadas suponían el 30,2% del total de los trabajadores y en 1891 el 31%. Bairoch, P. [1968]. *The Working Population and its Structure, vol. I de International Historical Statistical*. Citado en Olafson Hellerstein, E.; Parker Hume, L. Offen, K.M. (eds.) [1981] p. 273.

¹¹⁰ Wallerstein, I. [1996].

reproductivas¹¹¹. Las leyes antiaborto que penalizaban con privación de libertad la interrupción voluntaria del embarazo se hicieron más duras¹¹², las normas de género más rígidas y se polarizaron los roles sexuales.

La ideología que sustentaba el sistema de género contribuyó de manera fundamental al mantenimiento de la opresión femenina. La idea de que las diferencias entre hombres y mujeres eran esenciales, estaba profundamente enraizada en la sociedad occidental y se utilizaba para defender el sistema patriarcal. Se justificaba que las mujeres no fueran consideradas sujetos de derecho con la ideología del sistema de género en la que se afirmaba la inferioridad femenina.

Sin embargo, la discriminación de la mujer en una sociedad supuestamente igualitaria no podía mantenerse con el único fundamento de la tradición patriarcal e impuesta por medio de leyes, porque los nuevos valores de la modernidad eran la justicia y la igualdad. Así pues, aunque la opresión de género no era nueva en la sociedad occidental, en el siglo XIX era necesario justificarla racionalmente, porque el orden patriarcal que se necesitaba preservar, precisaba mostrar que la falta de participación femenina en un sistema político que pretendía ser democrático, se debía a causas naturales. El sistema social necesitaba que los científicos explicaran las razones por las que las mujeres no tenían derecho a la educación, al trabajo, al voto. Y es que, si los dos sexos eran definidos por la ciencia como entidades esencialmente diferentes, no tendría sentido exigir su equiparación en derechos sociales.

4. La reorganización del sistema de conocimientos.

En el siglo XIX se produjo un proceso de reorganización del sistema de conocimientos en el que la ciencia, considerada especializada y útil para conseguir el bienestar de la humanidad, desplazó a la filosofía a la que se despreció calificándola de inútil por su naturaleza especulativa.

¹¹¹ Puede consultarse Russett ,C. E. [1989].

¹¹² McLaren, A. [1984].

Este proceso de sustitución, aunque había comenzado siglos atrás, puede decirse que termina de consolidarse en esa época cuando el conocimiento científico pasó a representar el único modelo válido de saber. La ciencia, cuya objetividad estaba garantizada por los datos, era considerada producto del descubrimiento humano cuya función consistía en establecer afirmaciones en forma de leyes. La física se erigía en el modelo que debían seguir el resto de las disciplinas.

En el siglo XIX las universidades se revitalizaron y proporcionaron la base institucional para el cientifismo creándose nuevas disciplinas alrededor de cursos innovadores que en ellas se impartían. La validez que se les adjudicaba como nuevas áreas del saber se sustentaba en la capacidad que tenían para contribuir a la economía capitalista mejorando los sistemas de producción, en definitiva, adquirirían prestigio en función de su utilidad para aumentar la riqueza. Los científicos gozaban de enorme reputación porque a la ciencia se atribuían los grandes logros tecnológicos de la época. Se valoraba a los investigadores como personas que trabajaban desinteresadamente con el objetivo de descubrir leyes generales que tenían que ser expresadas en una forma elegante, cuantificada y preferiblemente simple. Se esperaba que, de la misma forma que en física habían descubierto las leyes que rigen las fuerzas del universo, también encontrarían el resto de las leyes que gobiernan la realidad y cuando esas leyes fueran descubiertas se podrían crear aplicaciones de beneficio universal.

4.1. El nuevo enfoque de la ciencia.

Si en el siglo XVIII los científicos realizaron grandes sistematizaciones buscando lo común en la variedad de los fenómenos naturales, en el XIX adoptaron un nuevo enfoque y se centraron en describir y explicar sus diferencias. Las ciencias de la vida, que pretendían ser precisas y de carácter empírico, adoptaron la nueva perspectiva representada por el paradigma darwinista. Los biólogos comenzaron a estudiar los organismos prestando atención a las diferencias que entre ellos observaban y explicándolas por medio

de un concepto cuyo núcleo significativo era la *variabilidad esencial*. La naturaleza, concebida por los científicos como la causa que generaba esta variabilidad, impulsaba la aparición de nuevas características en sucesivas e incontables generaciones, que posibilitaban los cambios adaptativos y la aparición de nuevas especies, por lo tanto daba cuenta de la variedad de los seres vivos. Con la nueva teoría, la multiplicidad de los organismos se explicaba como resultado de un natural proceso diferenciador en el que los inadaptados habían desaparecido y los adaptados sobrevivido. Así pues, según la ciencia, en la naturaleza se hallaba la causa que explicaba las diferencias.

4.2. La visión darwinista de las diferencias sexuales.

Además de dar cuenta del origen de la multiplicidad de especies animales, Darwin también sintió la necesidad de explicar sus diferencias sexuales. Después de subrayar la importancia fundamental que para él tenía la existencia de los dos sexos, postulaba un mecanismo independiente de la selección natural, mediante el cual los machos mejor adaptados tenían éxito en conquistar a las hembras¹¹³. Afirmaba que el ancestro del reino de los vertebrados era andrógino pero progresivamente y por medio de la división del trabajo y especialización de funciones, los organismos habían desarrollado unas estructuras corporales muy variadas y algunos de ellos unas cualidades mentales que les proporcionaron ventajas reproductivas sobre otros individuos del mismo sexo.

El autor de la teoría de la evolución concebía el dimorfismo sexual como un aspecto especial de la evolución de los seres vivos que, formando parte del proceso evolutivo general, era esencial para la formación de las especies pues, según él, la supervivencia de los mejor adaptados al medio no serviría como mecanismo evolutivo si no fueran ellos los que más se reprodujeran. Valoraba positivamente los caracteres sexuales masculinos pues, a su entender, estaban evolutivamente más diferenciados y los consideraba características adaptativas en el sentido de que eran indispensables para la supervivencia de la especie.

¹¹³ Darwin Ch. [1871] Reimp. [1981] p.322.

Decía que los machos adquirieron, por ejemplo plumaje, órganos musicales, fortaleza y agresividad y que el éxito reproductivo de los machos con estas características en la lucha por conquistar a las hembras hizo que gradualmente fueran diferenciándose más de ellas. Esta era la explicación que daba a la vistuosidad que en algunos animales tenían ciertas características masculinas. Realizaba sus argumentos a partir de observaciones limitadas y seleccionadas de especies donde los machos tenían mayor vistuosidad y extrapolando los datos, concluía que, en los humanos, los más adaptados eran también los hombres.

La peculiar forma que tenía Darwin de explicar la diversidad sexual dejaba en clara desventaja evolutiva a las hembras de las especies y por extensión a la mujer. Cuando se ocupó de las diferencias sexuales humanas, en algunos textos mantenía que las mujeres estaban en un grado inferior de desarrollo evolutivo¹¹⁴. Afirmaba que en el varón se concentraban las ventajas adaptativas que le habían hecho diferenciarse sexualmente. En definitiva decía que el macho humano estaba muy bien adaptado al medio. El hombre había llegado, a través del mecanismo de selección sexual, a ser superior que la mujer en términos de fortaleza, agresividad y poderes mentales. Las características que en la época se atribuían a las mujeres eran valoradas por el creador de la teoría de la evolución negativamente calificándolas como desventajas evolutivas, por consiguiente facultades como la intuición, percepción e imitación, supuestamente femeninas, en realidad se interpretaban como signos de inferioridad¹¹⁵.

5. La explicación científica de las diferencias humanas.

¹¹⁴ Para un análisis de género de la obra de Darwin puede consultarse Hrdy, S.B. [1981].

¹¹⁵ La interpretación que Darwin hacía de las diferencias sexuales humanas, aunque abiertamente estereotipada según los modelos sociales de la época, no era tan rígida como la que mantenían muchos de sus seguidores. Por tanto la inferioridad evolutiva femenina no la entendía como un estado fijo y determinado. Desde su posición biologicista y prescindiendo por completo de los factores ambientales, creía que la evolución mejoraría la humanidad, incluidas las mujeres. Russett, C.E. [1989]

La *ciencia del hombre* había comenzado en el siglo XVIII con el objetivo de establecer las características generales del "hombre natural" y su lugar en el universo sin recurrir a explicaciones de tipo teológico. El pensamiento de la Ilustración se había caracterizado por la convicción de que en el conocimiento empírico estaba la clave para el progresivo bienestar de la existencia humana y en él se daba por supuesto que cuando fueran descubiertas las leyes naturales que la regían, la sociedad se podría organizar sobre bases reales y libres de prejuicios, y se alcanzaría una justicia basada en el conocimiento que permitiría a la humanidad alcanzar el bienestar y la felicidad. Para ello se consideraba necesario acometer el estudio de las costumbres, las operaciones mentales y conductas, investigando las leyes que las regían. En la época moderna los teóricos de la sociedad se centraron en estudiar las características comunes a todos los seres humanos porque el punto de partida era que la humanidad, aunque se mostrara con variaciones individuales o de grupo, era una en esencia. Aunque se mantuviera la existencia de las diferentes razas éstas se explicaban por medio de los procesos de enculturación¹¹⁶. Desde este enfoque los estudios del XVIII se dedicaban a examinar la influencia que la sociedad ejercía sobre la fisiología de los individuos, esperando que la recogida de datos ayudara a comprender la naturaleza del ser humano.

Esta perspectiva cambió en el siglo XIX. Los estudios sobre la humanidad abandonaron ese punto de vista integrador y el *ambientalismo* que había dirigido este área de investigación en el XVIII fue sustituido por un determinismo de corte biologicista centrado en explicar las diferencias. Las ciencias sociales se desarrollaron con el objetivo de ofrecer un conocimiento científico que sentara las bases para poder realizar la manipulación racional de la sociedad. La organización social tendría que adaptarse a las diferencias que la ciencia descubriera en los individuos y que se suponían determinadas biológicamente. El punto de partida era que no existía el hombre universal y que la humanidad estaba naturalmente dividida en sexos, clases, razas y naciones. Teniendo como fundamento este supuesto, el objetivo de los científicos consistía en descubrir las características que hacían diferentes a los distintos grupos humanos porque en ellas se tenían que sustentar las reformas políticas y sociales.

¹¹⁶ Véase Op. cit..p.p.4-10.

Con el nuevo enfoque se construyeron disciplinas como la antropología que en el siglo XIX se ocupaba de estudiar las características diferenciadoras de los distintos grupos humanos. Su tarea era realizar un análisis físico y cultural del conjunto de la humanidad para proporcionar al Estado Liberal conocimientos útiles que, aplicándolos a la política, permitieran mejorar la organización social. Los investigadores que se dedicaban a esta tarea se agruparon y formaron parte de las Sociedades Antropológicas y Etnológicas. A partir de 1871 esta clase de investigaciones pasó a depender del Instituto Antropológico fundado ese mismo año.

El paradigma darwinista permitió a la antropología sustituir el ambientalismo por un determinismo biológico. Establecida esta disciplina como ciencia independiente, se ocupó de la raza, concepto que se había construido realizando una clasificación de los tipos humanos en función de características morfológicas consideradas signos externos de una organización fisiológica interna, específica y diferente¹¹⁷.

El progreso que Darwin describía en el proceso evolutivo de los seres vivos proporcionó a los antropólogos la categoría de *degeneración* que utilizaron para clasificar los distintos grupos humanos en función de la desviación que mostraban con respecto al grupo que consideraban el modelo del mas alto grado de desarrollo evolutivo, representado en su perfección por el europeo blanco y *civilizado*. Mantenían los estudiosos de la humanidad que quienes tenían desventajas evolutivas, es decir, características propias de un grado inferior de desarrollo evolutivo eran las razas no blancas a las que se consideraba inferiores y en un estado degenerado.

Dentro del rumbo evolucionista con el que se concibió la antropología, la razón se utilizó como criterio clasificatorio y con ella se elaboró una escala jerárquica de seres humanos, organizados según su mayor o menor nivel de racionalidad. Las diferencias anatómicas se intentaron cuantificar para asociarlas a las capacidades intelectuales. La craneometría se utilizó para intentar establecer una relación entre el tamaño del cráneo y el del cerebro, y la dimensión de estas estructuras anatómicas fue relacionada con el grado de racionalidad. Los antropólogos sostenía que en su punto mas bajo se encontraba

. ¹¹⁷ Vease en Stocking Jr.G.W. [1968].

el salvaje con un mínimo de razón, una mente incoherente, y un pequeño cerebro, mientras que el nivel máximo de la escala estaba ocupado por el varón blanco dotado del máximo de racionalidad con una extraordinaria habilidad para coordinar impresiones sensoriales y gran capacidad para el pensamiento abstracto¹¹⁸.

Si los antropólogos utilizaron la creoneometría para medir el grado de desarrollo evolutivo de los varones en las diferentes razas humanas, también usaron la medida de la pelvis como índice que mostraba el grado de evolución de las mujeres porque su tamaño se consideraba directamente proporcional al tamaño de la cabeza del feto, que a su vez, indicaba el tamaño del cerebro. Según este índice el varón europeo blanco ocupaba el pináculo de la escala evolutiva por su gran cerebro y su eminente capacidad intelectual¹¹⁹. Paralelamente la mujer europea era la más desarrollada de todas las razas aunque su superioridad no radicaba en su intelecto, sino en el tamaño de la pelvis, directamente relacionada con sus funciones reproductivas.

Al quedar enmarcada la antropología dentro del paradigma darwinista adquiría su prestigio como disciplina científica. Y como tal, cuando se ocupaba de estudiar la humanidad con el concepto de *degeneración* aparentemente conectaba las distintas "razas" humanas ordenándolas según su diferente grado evolutivo. Sin embargo, al unir las estableciendo entre ellas un orden jerárquico, en realidad las separaba. Esta separación justificaba la desigualdad y la opresión de pueblos enteros porque permitía afirmar que los seres humanos dominados y sometidos por el colonialismo europeo, lo estaban por su inferior desarrollo evolutivo, pues, al tener capacidades mentales inferiores necesitaban ser tutelados. De este modo la antropología cumplía la función que debía tener cualquier conocimiento científico para ser validado como tal, ser útil a la sociedad pues justificaba la política colonialista del estado liberal.

6. El discurso médico sobre la feminidad.

¹¹⁸ Como ha puesto de manifiesto Lloyd, G. [1984] la razón del pensamiento occidental se considera exclusivamente masculina.

¹¹⁹ Lane, W.A. [1887].

Desde el siglo XVIII el discurso sobre la naturaleza femenina fue elaborado por los escritores biomédicos. Estos contribuyeron con sus conocimientos empíricos de carácter racional y libre de connotaciones religiosas o metafísicas, a la creación de la *ciencia del hombre*. Sus métodos eran los de la historia natural, es decir, la anatomía y la fisiología comparada que comenzaron a aplicar al estudio de la especie humana con el convencimiento de que debía ser tratada como cualquier otra especie animal.

En el siglo XIX el estudio de la naturaleza femenina continuó realizándose en el seno de la medicina. Los médicos se dedicaron a estudiar a las mujeres dentro de la ginecología que era una disciplina dedicada al estudio y tratamiento de los problemas de salud relacionados con las funciones reproductivas. Sin embargo, era mucho más que una rama de la medicina dedicada al estudio y tratamiento de los problemas relacionados con un área concreta de la fisiología. En realidad tenía un carácter antropológico que no tenía ninguna otra parte de la medicina. Los motivos por los cuales adquiere esta naturaleza peculiar pueden en parte comprenderse revisando el proceso por el que llega a constituirse como especialidad médica.

6.1. El proceso de formación de las especialidades médicas.

La especialización es la forma que adopta la medicina desde el siglo XIX. Esta organización hace que la totalidad de sus conocimientos estén divididos en partes de tal modo que los médicos, después de una formación de carácter general, se dedican al estudio de áreas específicas en exclusividad y en las que se hacen expertos.

Cuando se ha intentado encontrar las razones por las cuales se pone en marcha el proceso que conduce a la configuración de las especialidades médicas, los historiadores de la medicina no se ponen de acuerdo a la hora de proponer una explicación de carácter general. Según algunos autores, éstas surgieron por razones de eficacia epistémica. Por ejemplo Rosen considera que aparecieron debido a la necesidad existente entre los médicos de conocer cada parte del

cuerpo de una forma más detallada y completa. Este historiador, conectando la especialización con los estudios de anatomía patológica de la Escuela de Medicina de París iniciados a principios del XIX, mantiene que, el hecho de que cada órgano del cuerpo tuviera un trabajo diferenciado hizo que los médicos se distribuyeran el campo de trabajo y se dedicaran a conocer y tratar cada uno de ellos en exclusividad para conseguir que su trabajo fuera más rigurosos y eficaz¹²⁰.

Otros investigadores han mantenido que la organización de la medicina en forma de especialidades responde a razones de tipo económico. Gelfand por ejemplo, sostiene esta explicación economicista diciendo que la división de la medicina en especialidades debe entenderse como la forma de organización propia del capitalismo industrial, la división del trabajo, llevada a la medicina. Según este autor, la necesidad de ahorrar tiempo y optimizar recursos que el trabajo de especialistas favorece, ha sido la causa de este modo de organización, que, además, ha tenido como efecto beneficioso añadido el progreso médico.¹²¹

En otros casos se ha defendido que la especialización médica ha surgido como resultado de estrategias humanas utilizadas para subir en la escala social. Según esta explicación, cuando algunos médicos tenían dificultades para practicar la medicina y no podían integrarse dentro de las instituciones debido a las restricciones que las asociaciones médicas imponían en las ciudades importantes, se veían obligados a ocuparse de actividades marginales relacionadas con el área de la salud, en las que se hacían expertos. En otros casos, determinadas áreas de la salud, como la oftalmología y la urología, que inicialmente no formaban parte de la medicina, eran atendidas por gente corriente o charlatanes itinerantes, y posteriormente echando mano de los conocimientos adquiridos a través de la experiencia, exigían que se les reconociese como profesionales especialistas.¹²²

No obstante las anteriores formas de explicar las especialidades médicas se han cuestionado aduciendo que su aparición no ha sido fruto de decisiones racionales dirigidas a conseguir una profundización en los conocimientos o una

¹²⁰ Rosen, G. [1974].

¹²¹ Gelfand, T. [1976] p.p.511-535.

¹²² Dinwall, R. y Lewis, P. (eds.) [1983].

mayor eficacia dividiendo el trabajo. Y se ha calificado de inexacta la forma en que Gelfand explica ese fenómeno pues se fundamenta en el supuesto de que la medicina es un sistema compuesto de unidades autoevidentes que forman cada especialidad. También, con argumentos similares se ha criticado la explicación de Rosen aduciéndose que no sirve para todas las especialidades porque aunque todos los órganos del cuerpo tengan su propio trabajo específico, no todos ellos han llegado a ser objeto de especialización. Desde esta posición crítica se mantiene que mientras algunas especialidades, como la anestesia, se han desarrollado alrededor de técnicas particulares, otras como la pediatría o la geriatría se ocupan de grupos humanos específicos. Insistiendo en la crítica de las explicaciones anteriores, se ha dicho que explicar su aparición como resultado de estrategias de grupo para subir en la escala social es, a todas luces, insuficiente y que la especialización en medicina es el resultado de un proceso en el que los médicos deciden agrupar una serie de fenómenos relacionados con la salud humana en un momento histórico dado porque determinadas circunstancias sociales les llevan a defender intereses muy concretos de grupo.¹²³ Esta clase de explicación resulta muy adecuada para el caso de la ginecología.

6.2. Los orígenes de la ginecología.

El proceso que culminaría en el siglo XIX con la formación de la especialidad médica de ginecología, comienza en el siglo XVIII, cuando una serie de factores económicos y sociales hicieron a los varones interesarse por atender los partos y ocuparse del cuidado de la salud reproductiva femenina.

Hasta el siglo XVIII la medicina era una actividad que carecía de prestigio social y curar había sido una parte de las actividades domésticas de las mujeres siendo las amas de casa quienes se ocupaban del tratamiento de dolencias menores y de la preparación de sus propias drogas curativas.

Antes del siglo XVIII los médicos como grupo no se habían interesado por los problemas de salud de las mujeres. Aunque en 1664 la Asociación de

¹²³ Moscucci, O. [1990] p.p. 5-6, defiende esta posición.

Cirujanos de Londres intentó que se les reconociera legalmente el derecho exclusivo de ocuparse del cuidado de las enfermedades de las mujeres, las razones de su reclamación estaba mas relacionada con la rivalidad que existía entre médicos y cirujanos con respecto a quien tenía el derecho a recetar que con el hecho de que la clase médica se ocupara realmente de la salud femenina.¹²⁴ En los siglos XVI y XVII las enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo y los partos, eran atendidas por matronas. Ejercían como expertas, sin título ni acreditación oficial, porque las Universidades de Cambridge y Oxford no las admitían y, por tanto, no podían graduarse en Medicina. Las mujeres usaban masivamente sus servicios y a los médicos se les llamaba solo para emergencias. A finales del siglo XVII, las matronas se ocupaban fundamentalmente de valorar si una mujer era fértil antes del matrimonio, diagnosticar el embarazo, la virginidad y asistir a las mujeres en el parto. Al ocuparse de atender la mayor parte de los nacimientos y de los problemas que se presentaban en el postparto es posible que también se ocuparan del cuidado de los niños enfermos.¹²⁵

A pesar de que el término *men-midwives* se emplea por primera vez en 1625, antes de 1700 el número de hombres-comadrona era escasísimo. Los varones no parecían haberse interesado especialmente por esta actividad. La razón se debía a que la partería no tenía ningún prestigio. Era una actividad que, tanto social como profesionalmente, era despreciada por considerarla una simple técnica.

El crecimiento económico que se había iniciado a finales del siglo XVII en Gran Bretaña tuvo grandes repercusiones en la sociedad moderna y dotó de relevancia social a la profesión médica¹²⁶. Se comenzó a reconocer el valor económico de la población. Producción y trabajo pasaron a convertirse en elementos esenciales para la riqueza del país de modo que "la población" pasó a considerarse una categoría de gran importancia en el análisis económico. Los teóricos de la política ensalzaban las virtudes del aumento del número de

¹²⁴ Shorter, E. [1990] Moscucci, O. [1990].

¹²⁵ Para examinar el papel de las mujeres en la tradición curativa occidental puede consultarse la interesantísima obra de Jeanne Achterberg [1990].

¹²⁶ Véase Chandler, Jr., A.D. [1996].

habitantes y se pusieron en marcha programas *poblacionistas* que incluían entre otras medidas, la fundación de las primeras maternidades y ambulatorios. Estas intervenciones se sustentaban en la idea de que era preciso disminuir la mortalidad infantil en los partos y cuidar de la salud porque una mayor población tendría el efecto de aumentar la producción, llevar a un mayor consumo y también conseguir mayor poder militar porque haría posible mantener un numeroso ejército. Bajo la influencia de tales factores socioeconómicos, las ciencias naturales comenzaron a articular el interés que la sociedad tenía sobre la población que nace, vive y muere. La importancia que tenía para la producción el número de habitantes hizo que la ciencia moderna, influida por la sociedad, se interesase por el estudio de los temas relacionados con la vida. En este contexto los escritores biomédicos intentaron definir el difícil concepto de *vida*, interesándose por los mecanismos a través de los cuales se genera.

En la segunda mitad del siglo XVIII ya no resultaba suficiente para el sistema económico limitarse a centrar la atención sólo en el número de habitantes del país y comenzó a reconocerse también la importancia de la salud de los trabajadores por considerarla un bien que repercutía en la productividad. Así pues se comenzó a estudiar y a debatir de qué forma el modo de vida tenía efectos en la salud de los trabajadores y cómo se podía mejorar para conseguir un incremento de la productividad. Es esta época los estudios cuantitativos sobre la población comenzaron a parecer insuficientes y se subrayaba la necesidad de disponer de estudios cualitativos en los que se relacionara la salud con las conductas de las personas. En estos planteamientos ambientalistas se daba importancia a las costumbres y se llamaba la atención sobre el hecho de que la gente no moría exclusivamente por el desgaste del envejecimiento o accidentes, sino por enfermedades que provocaban los vicios de la sociedad civil.

La sociedad comenzó a esperar de la clase médica que se ocupara de mantener y cuidar la salud de aquellos que componen la fuerza del trabajo. Los médicos en Inglaterra respondieron a estas necesidades sociales, empezando a ocuparse de cuidar de la salud y la vida de los trabajadores.

La importancia económica de la vida humana dotó de relevancia social a los médicos que comenzaron a interesarse progresivamente por el estudio de los procesos reproductivos y se adjudicaron a sí mismos el cuidado de la vida, estableciendo los modelos a los que debía adaptarse la partería, el cuidado de las

embarazadas y los niños.

En el centro del interés económico por el número de habitantes y los procesos reproductivos que se despertó en el siglo XVIII se encontraban las mujeres ya que eran las responsables directas de la atención en los partos y el cuidado de los niños. Durante las dos primeras décadas del siglo XVIII todavía el número de hombres comadrona era muy pequeño pero en las décadas siguientes fue aumentando.¹²⁷ La relevancia económica que adquirió la vida humana hizo que los varones se interesasen por las áreas de conocimiento relacionadas con la salud reproductiva femenina y fue aumentando el prestigio social de la actividad de asistir partos que tradicionalmente había pertenecido a las mujeres. Los hombres-matrona hicieron todo posible para socavar la confianza de la sociedad en la habilidad de las matronas para atender los nacimientos y reclamaron para sí esta actividad profesional. A mediados del siglo XVIII comenzó una campaña de desprestigio contra las mujeres que se dedicaban a atender los partos. Se las acusaba de haber provocado con su ignorancia y sus erróneas prácticas el aumento de la mortalidad infantil que al parecer se produjo en Londres a partir de 1730.

Poco a poco las matronas fueron perdiendo terreno en esta actividad.¹²⁸ Los hombres fueron ocupando progresivamente su puesto,¹²⁹ invistiéndose de autoridad y proclamándose expertos en la asistencia a los partos y el cuidado de los niños, empezaron a escribir sus manuales, dirigidos a paliar la supuesta ignorancia de las matronas. En sus obras aparecían descripciones anatómicas y funcionales. Muchos de ellos se dedicaron a la enseñanza profesional de la partería.

¹²⁷ Shorter E. [1990].

¹²⁸ Algunos historiadores atribuyen este hecho a una especie de moda que, inspirada en Francia, hizo que las embarazadas comenzaran a pedir ser atendidas por los médicos a partir del siglo XVIII. Shorter, E.[1990] p. 140-143. Sin embargo no compartimos esta explicación porque entendemos que el escaso poder social de las mujeres no permitía que sus gustos o demandas condicionaran el curso de una profesión.

¹²⁹ Según algunos historiadores esta situación hacía que algunos médicos estuvieran preocupados pues consideraban que los hombres comadrona podían ser tan ignorantes como la más baja clase de las comadronas mujeres. Douglas, J. [1973].

El hecho de que muchas matronas poseyeran grandes habilidades y conocimientos ¹³⁰ no impidió que los varones las acusaran de ignorar como debía atenderse correctamente un parto y de amenazar la vida de los niños y las madres. Las clases altas fueron las primeras en utilizar los servicios de los hombres comadrona que a partir de 1730 se fueron infiltrando en el terreno que había pertenecido a las mujeres. Cuando el número de varones que se ocupaban de la asistencia a los partos fue importante, en las universidades se establecieron cursos y se expidieron títulos que acreditaban su capacitación. Escocia fue la primera en incluir en la universidad, en 1756, tales estudios y en Londres se abrieron escuelas privadas dirigidas por hombres-comadrona.

En las décadas finales del siglo XVIII los Colegios de Médicos y Cirujanos empezaron lentamente a tener un papel en el cuidado ginecológico de las mujeres pobres, debido fundamentalmente a la creación de los dispensarios y a que se fue extendiendo el sistema de spitales benéficos.¹³¹ Sin embargo, el siglo XVIII terminó sin que existiera oficialmente una especialidad de ginecología.

En el año 1800 la medicina del Reino Unido todavía estaba dividida en tres ramas, cada una supervisada por su correspondiente corporación, el Colegio de Médicos, la Compañía de Barberos-Cirujanos y la Sociedad de Boticarios. De las tres corporaciones la de los médicos era la más prestigiosa y tenía el monopolio de la práctica clínica. La mayor parte de los cuidados médicos los realizaban los cirujanos y los boticarios porque la consulta a un médico era muy cara. En los hospitales no se reconocía la existencia de un área de la medicina dedicada a los

¹³⁰ Por ejemplo, una de las más célebres comadronas de París, Madame Boivin (1773-1841) mejoró el *espéculum* y escribió de forma documentada sobre las enfermedades del útero y de los ovarios. Op. cit.

¹³¹ Sir Gilbert Blane en el *Saint Thomas Hospital* atendió entre 1783 y 1794 (11 años) 256 mujeres aquejadas de enfermedades ginecológicas de un total de 843 pacientes. No se sabe de qué tipo de dolencias se trataba, excepto en el caso de una "menstruación vicaria en la zona umbilical". El mismo médico en su consulta privada dejaba constancia de que asistía a mujeres con enfermedades ginecológicas tales como *fluor albus*, *desarreglos menstruales*, *histeria*, *cáncer de útero* y *caída de ovarios*, pero no se le puede calificar de especialista en el sentido actual del término. Moscucci, O. [1990]p. 10.

problemas del sistema reproductivo, aunque poco a poco la situación fue cambiando y en 1830 el Hospital Guys de Londres asignó diez camas para pacientes ginecológicas. A los hombres comadrona se les impedía atender a sus pacientes en los hospitales y por tanto no podían realizar las intervenciones ginecológicas que eran practicadas por cirujanos generales.

Aunque los médicos titulados por Oxford y Cambridge, como grupo, en el siglo XVIII no estaban excesivamente interesados por la asistencia obstétrica debido a que sus consultas les proporcionaban importantes ingresos, a comienzos del siglo XIX cambiaron de actitud. Y es que comenzaron a observar que los hombres comadrona utilizaban su actividad para ejercer como médicos a pesar de carecer de título, ya que, cuando asistían a un parto en una casa terminaban atendiendo los problemas de salud de toda la familia. Entonces comenzó un conflicto y los títulos de matrona que los propios médicos habían otorgado en universidades y escuelas fueron anulados y se impidió que los hombres comadrona pasaran a formar parte de las instituciones médicas. Progresivamente fue aumentando el número de médicos y cirujanos que se dedicaban a atender los problemas relacionados con los partos y embarazos, y aunque se mantenía la actividad de los hombres matronas, el número de mujeres dedicadas a esa actividad fue paulatinamente descendiendo y quedando subordinadas a la clase médica.¹³²

En medio de enormes disputas y tensiones se formó la *Asociación de Obstetricia* que, después de dificultades de diversa índole, pasó a formar parte de las instituciones médicas primero como la *Sociedad Británica de Ginecología y* después como la *Real Sociedad de Ginecología y Obstetricia*.¹³³ Formaban parte de ella cirujanos y médicos que se habían dedicado a atender problemas relacionados con la salud reproductiva, así como hombres-comadrona que habían

¹³² La asistencia médica a los partos dependía de la clase social. Por ejemplo en el paupérrimo *East End* londinense todavía en 1830 entre el 30% y el 50% de los partos era atendido por matronas, mientras que en el *West End* mas del 98% eran atendidos por médicos. Shorter, E. p. 143. [1990]

¹³³ Este proceso fue complicado porque en él aparecían posiciones e intereses en conflicto. Existe un estudio muy detallado en el que se analizan todos los factores que intervinieron en la institucionalización de la ginecología. Moscucci, O. [1990] p.p. 57-101.

adquirido un gran prestigio profesional tanto en su práctica como en su labor pedagógica a través de clases y publicaciones. Con la fundación en 1885 de la *Sociedad Ginecológica*, consiguieron para su actividad una base institucional dentro del proceso general de creación de especialidades médicas.¹³⁴ Fueron estos profesionales especializados en la asistencia a partos y dedicados al estudio de las funciones reproductivas femeninas quienes se dedicaron a teorizar sobre la naturaleza de la mujer.

6.3. La ciencia de la mujer.

En el siglo XIX la ginecología se convirtió una especialidad médica peculiar ya que, además de diagnosticar y tratar las patologías del sistema reproductivo femenino, era concebida como una parte especial de los estudios generales sobre la humanidad. Así lo recogía el diccionario *New Universal Etymological, Technological and Pronouncing Dictionary of the English Language* en su edición de 1849 cuando definía la ginecología como *la teoría de la naturaleza y las enfermedades de las mujeres*.¹³⁵

La palabra *ginecología* aparece impresa en Europa por primera vez en el siglo XVII como título de una obra escrita por el profesor de medicina de la universidad alemana de Rintel, Johannes Petrus Lotichius [1598-1669]. Este autor, que decía rechazar la doctrina de la inferioridad de las mujeres tradicionalmente defendida en la cultura europea, anunciaba de forma explícita que se iba a ocupar de la naturaleza femenina. Entrado ya el siglo XVIII aparece de nuevo el término *gynaecología* en el título de un tratado medico-legal publicado en 1730 escrito por el médico Martin Shuring. En esta obra el autor hacía una exposición de los conocimientos que se necesitaban para la asistencia a los juicios donde se examinaban conductas relacionadas con la sexualidad y la

¹³⁴ Moscucci, O. [1995] revisa todo el proceso y muestra al conjunto de la clase médica como profesionales luchando por sus intereses corporativos muy alejados del ideal vocacional que se les suele atribuir.

¹³⁵ T.S.Wells. cit. en Moscucci, O. [1990] p.51.

reproducción. Se analizaban y describían diversos problemas sexuales, como ninfomanía, castidad, coito prenupcial, vaginismo, lesbianismo, sodomía y bestialidad.¹³⁶ A pesar de que estas obras fueron escritas cuando todavía no existía la ginecología, el significado que en ellas tiene el término, anticipaba el enfoque que iba a adoptar esta disciplina.

En el siglo XIX, los ginecólogos defendían que, dentro de un sistema de clasificación general de las ciencias, la ginecología debía entenderse como el complemento de la antropología. Mantenían que si esta disciplina tenía la función de ocuparse de la clasificación de los tipos humanos según las diferencias morfológicas y culturales, se necesitaba otra que explicara las diferencias sexuales. Así pues la ginecología fue concebida como una parte especial de la antropología que se ocupaba de la totalidad de la mujer pero centrándose en sus funciones reproductivas.

James Jamieson [1840- 1916] exponía de manera clara la necesidad de que la ginecología se ocupara de estudiar la naturaleza femenina. Este autor argumentaba que, si los antropólogos, según fuera el propósito de su investigación, utilizaban criterios clasificatorios tales como el grado de civilización, el lenguaje o el color de los seres humanos, no podía ignorarse que:

*"...existe una división más evidente fija y definitiva que ninguna de estas y es según el sexo. Por consiguiente, además de la antropología general o estudio de los seres humanos distinguiéndoles de los animales, deberíamos correctamente decir que son andrología y ginecología las que se ocupan del estudio de las peculiaridades mentales de hombres y mujeres respectivamente"*¹³⁷.

Robert Barnes, [1817-1907] proporcionó una especificación precisa del significado y alcance del término cuando declaraba que la palabra *ginecología* era el nombre de una disciplina dedicada a un área de investigación muy amplia y que:

¹³⁶ Op. cit.[1990] p.13.

¹³⁷ Jamieson, J. [1887] p.p. 145-58.

"... como de su significado etimológico puede desprenderse, no se limita a ocuparse de las enfermedades de las mujeres, sino que incluye mucho mas que lo que pertenece al estricto ámbito de la medicina."¹³⁸

La obra cumbre de la ginecología elaborada con un enfoque antropológico, apareció en 1885¹³⁹. Aunque era una obra alemana fue durante muchos años el trabajo de referencia sobre el tema en Gran Bretaña. Se trataba de una historia natural de la mujer que abarcaba desde la pubertad hasta el climaterio. El objetivo declarado del autor con este libro era ilustrar la vida, las características y la personalidad femenina por medio de hechos tomados de la historia natural y cultural. En ella además de analizar los atributos anatómicos y psicológicos, que según decía Ploss, eran específicos de la naturaleza femenina, se exponían todos los mitos, leyendas y rituales que se relacionaban con la vida femenina. Todo el trabajo se sustentaba en la idea de que las características sexuales definían de tal manera a la mujer, que por ellas, se convertía en objeto de investigación antropológica. Por consiguiente, las mujeres de todas las razas se podían agrupar y estudiar conjuntamente, pues todas ellas tenían en común que sus funciones reproductivas eran dominantes y controlaban el resto de sus funciones fisiológicas y psicológicas.

Este enfoque antropológico era habitual en todos los ginecólogos del siglo XIX. Algunos, desde ese punto de partida, adoptaban también un enfoque evolucionista y sostenían el inferior desarrollo de la mujer. Este era el caso de Robert Lawson Tait¹⁴⁰, discípulo ferviente de Darwin, que exploraba a sus pacientes ginecológicas del Hospital de Mujeres de Birmingham buscando algún vestigio en el coxis que probara la reciente pérdida de la cola. Consideraba que la especie humana había perdido ese apéndice por no ser adaptativo. Sin embargo,

¹³⁸ Barnes, R. [1882].

¹³⁹ El autor se llamaba de Hermann H.Ploss y su título era *Das Weib*. Cit. en Moscucci, O. [1990], p. 24.

¹⁴⁰ Este ginecólogo y cirujano [1845-99] a pesar de considerar a las mujeres inferiores les enseñaba la teoría de la evolución en clases de biología dedicadas especialmente a ellas.

al mantener que las mujeres estaban menos evolucionadas que los hombres, suponía que tenían que haber perdido la cola más recientemente y por consiguiente esperaba encontrar en sus exploraciones algún vestigio como prueba que así había sucedido.

No todos los ginecólogos incorporaban a sus estudios sobre la mujer las ideas evolucionistas pero tenían en cuenta sus implicaciones. De manera especial las de aquella parte del darwinismo que trataba de la selección sexual y que conducía a la afirmación de la superioridad relativa de los varones. Por ese motivo, al ser conscientes algunos ginecólogos de esas implicaciones que infravaloraban evolutivamente a las mujeres, se esforzaron en negarlas. James Jamieson, por ejemplo, aceptaba como premisa que las mujeres habían variado menos que los varones, pero se negaba a concluir que tal circunstancia tuviera que valorarse negativamente. A su entender, de los dos sexos el que mostraba menos tendencia a variar era, para bien o para mal, el más estable y por tanto el más evolucionado. Sostenía que si las hembras de los animales eran las que menos habían variado era porque estaban mejor adaptadas al medio y no habían necesitado evolucionar, por tanto su biología era más perfecta y estable.¹⁴¹

En la ciencia del siglo XIX se consideraba indiscutible que la feminidad era de naturaleza biológica y que las funciones sexuales y reproductivas explicaban cada aspecto de la vida de las mujeres. El enfoque de los ginecólogos centrado en las diferencias sexuales, conducía a mantener que la mujer era distinta y su naturaleza difería esencialmente de la del hombre. J. Oliver lo expresaba de la siguiente manera:

*" No se puede decir que la diferencia entre hombre y mujer radique en ningún órgano del cuerpo ni se manifieste a través de ningún órgano reproductivo, mas bien es el resultado de la interacción de órganos y funciones reproductivas que tiene como consecuencia producir una especificidad molecular que afecta a cada órgano y a la totalidad de la estructura del cuerpo(...) ello impregna la totalidad de la mente y el cuerpo de los individuos. "*¹⁴²

¹⁴¹ . Cit. en Moscucci, O [1990] p. 22.

¹⁴² Oliver, J.[1889] p.p. 219-26.

Los científicos consideraban el dimorfismo sexual como la expresión morfológica de una división esencial de los seres humanos manteniendo que la masculinidad o la feminidad estaba formada por características fisiológicas y psicológicas que se iban desarrollando en los primeros años de la vida. Para los médicos los individuos del sexo masculino y femenino no se diferenciaban solo por las estructuras anatómico-funcionales de los órganos sexuales, sino también por características que abarcaban a la totalidad del organismo. El sexo de las personas no se consideraba una esencia fija y terminada que tuviera el individuo en el momento del nacimiento, sino como un proceso dinámico que se iba desarrollando desde la concepción hasta la pubertad. Por esta razón no podía determinarse simplemente por los genitales en el momento del nacimiento, sino que la identificación del sexo habría de hacerse en la pubertad, cuando la psicología de la persona se había desarrollado y podía servir para identificar al individuo como hombre o mujer. Ahora bien, se entendía que este desarrollo estaba prefijado por la biología del individuo que se consideraba sexualizada por completo y el sexo de las personas no radicaba solo en los órganos sexuales sino también en la mente del individuo. Por consiguiente, la identificación sexual era proporcionada por los caracteres sexuales primarios y secundarios, la orientación sexual, las características psicológicas, las conductas y los hábitos. En resumen, si las características anatómicas junto con la orientación sexual no eran suficientes y quedaba alguna duda con respecto al sexo de la persona, el comportamiento y las características psicológicas decidían la cuestión.

6.4. La naturaleza femenina.

En la medicina del siglo XIX se consideraba que la fisiología de los órganos reproductivos constituía la clave para entender la totalidad de las características físicas, mentales y morales que tenían las mujeres. Según los ginecólogos, el instinto sexual reproductor regía la vida femenina

" ...el instinto es la esencia y la razón de ser de la mujer, la expresión

*de la razón de su existencia; es la evidencia de su ancestral deuda de la instintiva necesidad que tienen las células reproductivas de las mujeres de encontrar las células fecundantes masculinas; el objetivo es la propagación de la raza, asegurar la siguiente generación.*¹⁴³

Por el contrario, se entendía que en el caso de los varones, el intelecto controlaba las emociones e instintos sexuales. Esta idea se defendía con pretendido rigor científico aportando datos que supuestamente la confirmaban. Por ejemplo T.B. Curling [1812-1889] decía que los hombres, a diferencia de las mujeres, controlaban racionalmente sus emociones e instintos, y argumentaba que por ese motivo las heridas en la cabeza producían en los varones impotencia y la desaparición de los testículos. Citaba varios casos en los que así había sucedido. Por ejemplo, dos oficiales que se habían quedado impotentes como consecuencia del golpe producido por armas de fuego que les habían rozado la parte de atrás de sus cuellos. También refería el caso de un hombre que por haber recibido una herida en la parte occipital que había dejado al descubierto la duramadre, se le redujeron los testículos. Otra prueba que este autor aportaba para demostrar que el intelecto masculino controlaba los instintos sexuales era que, según él, el cretinismo y la locura impedían el desarrollo de los testículos. A su entender, todos estos casos mostraban que las heridas en la cabeza tenían esos efectos en los varones, porque, a diferencia de las mujeres, tenían en el cerebro el puesto de mando de su sexualidad.¹⁴⁴

La teoría ovular, elaborada en la década de 1850, se utilizó para probar la naturaleza instintiva de la feminidad, sirviendo para reforzar la idea de que la mente femenina estaba dominada por su sistema reproductivo. Según fue concebida en la época, en ella se afirmaba que los ovarios controlaban de forma autónoma y al margen del cerebro, la liberación periódica del óvulo. Y como los médicos identificaban en la mujer reproducción y sexualidad, sostenían que el centro regulador de los deseos sexuales estaba en los ovarios y por tanto la libido se desataba coincidiendo con la ovulación.

¹⁴³ W.Balls-Headley [1894] .

¹⁴⁴ Cit. en Moscucci, O. [1990] p. 28.

Los ginecólogos describían el dominio que los ovarios tenían sobre la fisiología femenina con metáforas de dominio y poder. Estos órganos fueron calificados de dictadores a cuyas leyes tiránicas debía doblegarse la totalidad de la naturaleza de la mujer. Así lo mantenía Robert Barnes cuando afirmaba:

*"El órgano activo dominante del sistema sexual es el ovario. El reino de este órgano es expresado por la menstruación, la parte que corresponde al útero es secundaria y está supeditada al impulso del ovario. El ovario reina de forma suprema hasta que ocurre la concepción, a partir de ese momento le reemplaza el útero y toma el mando hasta que el niño nace, después el útero es depuesto y toma su lugar el pecho. Éste domina hasta que es de nuevo suplantado por el ovario, que está siempre luchando por la supremacía y por tanto no puede ser dominado por largo tiempo. El ovario es el órgano de los instintos sexuales y conecta a la mujer con la naturaleza"*¹⁴⁵

Mientras que el útero era considerado el símbolo del rol maternal de la mujer, los ovarios representaban su atadura a la naturaleza, porque en ellos se asentaba el mecanismo que ataba firmemente al ser humano al reino animal a través de la naturaleza femenina. Y es que para los médicos del siglo XIX, los ovarios conectaban a las mujeres a un mundo de instintos y de respuestas conductuales automáticas pertenecientes a una fase más primitiva de la evolución humana. Este estado, que el varón había dejado atrás por el progreso de la razón y el avance de la civilización, era en el que todavía se encontraban las mujeres. Situadas, en términos evolutivos en un peldaño mas bajo, estaban directamente conectadas con la animalidad.

Este modo de concebir la feminidad significaba de hecho admitir que las funciones sexuales reproductoras controlaban a la mujer en su totalidad y afirmar su carácter instintivo. Algunos escritores biomédicos, intentando contrarrestar la valoración negativa asociada a esa forma de concebir la naturaleza femenina, se extendían en explicaciones en las que valoraban positivamente los ovarios afirmando que, gracias a su dictadura, la mujer sentía la necesidad de procrear y

¹⁴⁵ Barnes,E y Barnes,R.S.F. [1884] p.p. 203-3.

desear sexualmente al varón. Concluían, después de varias consideraciones, que gracias a tal tiranía y sometimiento estaba garantizada la supervivencia de la especie así como la cohesión de las relaciones matrimoniales porque mantenía la atracción sexual que une a marido y esposa en una comunión de intereses y afectos.

Los médicos sostenían que la mente femenina estaba conectada con el sistema reproductivo por consiguiente insistían en que para comprender adecuadamente los problemas ginecológicos era necesario referir detalladamente las características intelectuales y morales de las mujeres porque las patologías debían estudiarse en el marco de sus relaciones sociales:

"...es innegable que para caracterizar adecuadamente la patología de las mujeres debemos observarlas en todas sus relaciones sociales, estudiar minuciosamente sus características morales e intelectuales y, en resumen, no debemos perder de vista ni por un momento aquellos atributos físicos que la marcan indeleblemente como mujer y que dirigen, controlan y limitan el ejercicio de sus facultades. Este estudio colateral es de importancia más infinita en la historia patológica de la mujer que lo es en la del hombre."¹⁴⁶

Los ginecólogos sostenían que una patología en sus órganos sexuales produciría síntomas en su psicología. De la misma forma creían que las alteraciones psicológicas femeninas podían ser el signo que indicaba la existencia de una patología en los órganos reproductivos. Por consiguiente, la ginecología debía ser la ciencia de la mujer en general porque el conocimiento de la naturaleza femenina era el fundamento necesario para la patología y la terapéutica.

La metodología adecuada para descubrir la causa de una enfermedad femenina, debía consistir en realizar un estudio integral de todos los aspectos psicológicos y sociológicos de las pacientes. Porque concebir a la mujer como una naturaleza esencialmente reproductora, implicaba reconocer que todas las funciones de su organismo estaban subordinadas y eran dependientes de tal

¹⁴⁶ Barnes, R. [1882]vol. II, p.1789.

naturaleza. La consecuencia derivada de esta forma de entender la ginecología era que los médicos relacionaban cualquier alteración física o mental que padeciesen las mujeres con una patología en su sistema reproductivo.

Los efectos perniciosos de esta perspectiva fueron puestos de relieve por algunos ginecólogos de la época. Por ejemplo en 1.891 el cirujano Thomas Spencer Wells era consciente de la falta de objetividad que existía en ginecología cuando denunciaba que los cirujanos realizaban amputaciones de ovarios para tratar dolencias tan heterogéneas como quistes, dismenorrea, histeria, locura y epilepsia. Decía que el engranaje formado por una red de creencias médicas sobre las características físicas, mentales y morales femeninas, hacía muy difícil que, cuando una paciente iba al médico, quejándose de alguna dolencia, escapara a una laparotomía, en la que se le realizaría algún tipo de amputación de sus órganos reproductivos.¹⁴⁷

Definir científicamente a la mujer como una entidad reproductora también tenía otras consecuencias. Una de ellas era que la menstruación, como se producía cuando en un ciclo ovulatorio no se había producido la fecundación, se interpretaba de forma negativa como fracaso reproductivo. Por consiguiente, los médicos consideraban la menstruación una enfermedad que todas las mujeres periódicamente padecían. Y es que, caracterizar a las mujeres como organismos reproductores, significaba afirmar que su estado natural era el embarazo y la menstruación un estado *contra natura*, anormal e incapacitante:

*"Cada mujer debe verse a sí misma una vez al mes como una inválida ya que el flujo menstrual de cada mes aumenta cualquier afección que existiera en el útero y rápidamente reaviva las apagadas llamas de la enfermedad."*¹⁴⁸

Los ginecólogos mantenían que la menstruación era un estado opuesto a la naturaleza de las mujeres que sufrían mas frecuentemente aquellas que vivían en sociedades civilizadas. Esa aserción se sustentaba en una serie de supuestos

¹⁴⁷ T.S.Wells.[1891] p. 51.

¹⁴⁸ Verstinsky,P.A. [1994] p.p. 39-59.

ideológicos en los que se afirmaba la inferioridad de la mujer y de las culturas no europeas. Para los médicos británicos del XIX, el modo de vida civilizado estaba representado por la Inglaterra victoriana. La civilización, con sus valores, creencias, costumbres y conocimientos, era obra masculina y poseía sus normas morales racionales que se consideraban de orden superior a los instintos que eran el exponente de la naturaleza femenina.

Sobre la base de tales supuestos, los ginecólogos exponían sus ideas sobre la menstruación. John Power sostenía que en la mujer la totalidad del organismo estaba coordinado para alcanzar el objetivo de la reproducción. Según este médico, solo en las sociedades civilizadas se impedía que la naturaleza femenina floreciera sin trabas porque la educación y la represión moral, al restringir la actividad sexual, evitaba que estuvieran permanentemente embarazadas desde la menarquia a la menopausia. Por ese motivo en Gran Bretaña la menstruación había llegado a parecer un estado natural de la mujer pues el óvulo cuando era espontáneamente liberado por el ovario, no era fecundado por el varón tan frecuentemente como lo era en las sociedades primitivas donde las relaciones sexuales no tenían freno. Sostenía que en las comunidades salvajes, las mujeres tenían hijos sin interrupción después de terminar cada período de lactancia, y la menstruación era prácticamente desconocida. Por el contrario, el ambiente civilizado de la Inglaterra victoriana se oponía a la normal expresión del instinto sexual-reproductor femenino, impidiendo con su represión que las mujeres pudieran desarrollar plenamente su naturaleza. Por ese motivo la menstruación, como señal fisiológica de que el embarazo no se había producido, era más frecuente en las mujeres del Reino Unido.¹⁴⁹

La suposición de que los factores culturales tenían un efecto en la biología femenina llevaba a algunos ginecólogos a afirmar que datos relativos a la menstruación mostraban el grado de civilización de una sociedad y podían usarse para medirla. Mantenían que la edad de la menarquia y de la menopausia estaba condicionada por el ambiente y se podía utilizar para medir el grado de desarrollo o salvajismo de la sociedad en la que determinadas mujeres vivían. Algunos ginecólogos aportaban pruebas que supuestamente confirmaban la relación existente entre menstruación y civilización. Así lo hacía John Robertson [1797-

¹⁴⁹ Power, J. [1821].

1876] quien consideraba significativa la edad en que aparecía la pubertad en las mujeres esquimales a quienes utilizaba como ejemplo de pueblo muy alejado de la civilización. Después de describir la naturaleza física y moral de los habitantes de la península del Labrador, a los que calificaba de ladrones, sedientos de sangre y profundamente degradados, mantenía que allí los instintos femeninos podían expresarse libremente porque su sociedad no tenía ningún tipo de freno moral. Esa era la razón por la cual, según él, la naturaleza femenina, sexual-reproductora, se desarrollaba antes y la menarquia aparecía en las niñas a una edad muy temprana. Siguiendo esa línea argumentativa decía que, por el contrario, en Inglaterra la menarquia ocurría mas tardíamente, por el efecto represivo de la civilización en la biología femenina. Robertson defendía su teoría con hechos que supuestamente la probaban. Afirmaba que no podía negarse la relación entre menstruación y el grado de civilización de una sociedad ya que el aprendizaje de la religión cristiana y la práctica de sus normas había alterado el ciclo reproductivo en las mujeres esquimales acercando la edad de la menarquia y de la menopausia al modelo de las mujeres europeas.¹⁵⁰

Todos estos trabajos tenían como fundamento la idea de que la naturaleza instintiva de la mujer se oponía a la racionalidad masculina de la cultura europea. Es decir, la mente racional propia de la naturaleza del hombre europeo había creado las normas de la civilización que controlaban y reprimían los instintos femeninos.

7. Problemas derivados de la interpretación esencialista del dimorfismo sexual humano.

¹⁵⁰ Cit. en Moscucci, O. [1990], p. 23-24.

La interpretación esencialista que la ciencia del siglo XIX hacía de las diferencias sexuales, al afirmar que hombres y mujeres eran de naturaleza distinta, hacía que la especie humana quedara dividida por el sexo. Esta división planteaba problemas teóricos y tenía consecuencias socialmente inaceptables.

En primer lugar, establecer que las diferencias entre los sexos eran esenciales, implicaba sostener que todos los machos y las hembras de las diferentes especies pertenecían al mismo grupo y por consiguiente los varones quedaban unidos a los machos del resto de las especies y las mujeres a las hembras. Estas consecuencias, aunque podían haberse aceptado para las razas consideradas inferiores e incluso para las mujeres occidentales, resultaban inaceptables porque conducían a tener que admitir que los animales machos y los varones blancos pertenecían a un mismo grupo debido a que compartían sexo. Y la ciencia del siglo XIX que mantenía la clasificación de los grupos humanos en razas ordenadas jerárquicamente, no podía admitir esta devaluación de los varones europeos.

Algunos científicos propusieron soluciones para evitar este problema. George John Romanes, por ejemplo mantenía que a primera vista podría entenderse que en el reino animal todos los machos se podrían clasificar como pertenecientes a una especie psicológica y las hembras a otra. Después de exponer esta posibilidad la rechazaba diciendo que, aunque en el reino animal todas las especies animales difieren de manera similar entre machos y hembras quedando los del mismo sexo psicológicamente unificados, en la especie humana las diferencias sexuales eran específicas y diferenciadas de las de otros animales. Concluía diciendo que hombres y mujeres estaban biológicamente mas cerca entre sí que los hombres y machos de otras especies¹⁵¹.

La posición de Romanes, aunque confusa y poco razonada, mostraba la necesidad que existía de resolver una cuestión que en la ciencia de la época se percibía como problema. Y es que la forma en que se interpretaban las diferencias sexuales provocaba que existiera una cercanía entre los individuos de las diferentes especies animales pertenecientes al mismo sexo.

Otros autores intentaban evitar esta consecuencia afirmando que las diferencias que se daban entre hombres y mujeres no eran de tipo cualitativo

¹⁵¹ G.J.Romanes [1897] p.p.113-151.

sino cuantitativo. Decían que las características intelectuales dominaban en los varones mientras que en las mujeres eran dominantes las físicas, emocionales e instintivas. De este modo se afirmaba que tenían las mismas características aunque en cada sexo dominaran cualidades opuestas¹⁵². Sin embargo, esta solución también provocaba problemas sociales pues tenía como consecuencia que las mujeres blancas de la civilizada Inglaterra quedaran separadas de los hombres blancos europeos y ubicadas biológica y psicológicamente junto a las mujeres negras africanas, pues con ellas compartían el sexo.

Los científicos, en general eran conscientes de los problemas que generaba dividir esencialmente los seres humanos en función del sexo. Por ese motivo tuvieron un generalizado interés en encontrar un nexo que conectara de alguna forma hombres y mujeres. Como resultado de sus esfuerzos afirmaron un hermafroditismo latente en la especie humana. Con el objetivo de restaurar la unidad de los seres humanos, los fisiólogos buscaron conectar en el embrión a los dos sexos y afirmaron que hombres y mujeres eran idénticos cuando la diferenciación sexual no se había producido.

Así pues, en el siglo XIX los científicos mantuvieron que la naturaleza humana era hermafrodita. El hermafroditismo era un estado que, por su indefinición sexual, permitía conectar al macho y la hembra en una sola especie que incluía a ambos. Como hermafroditas, hombres y mujeres no eran esencialmente distintos porque sexualmente eran organismos neutros. Postular la existencia del embrión en un estado sexualmente neutro ayudaba a mantener todos los argumentos científicos que describían a los hombres como racionales y a las mujeres como instintivas. Dicho de otro modo posibilitaba seguir manteniendo que, cuando el sexo se desarrollaba, los seres humanos iban adquiriendo naturalezas diferentes.

El proceso mediante el cual se producía la diferenciación sexual se describía en términos de actividad o inactividad biológica cuyos efectos eran que algunos órganos se formaban en un solo sexo mientras que en el otro no se desarrollaban y quedaban atróficos aunque podían discernirse en estado embrionario¹⁵³. Por ejemplo, en las mujeres eran órganos desarrollados y

¹⁵² Balls Headley, W.[1894].

¹⁵³ El médico Arthur Farre afirmaba que el útero tenía su órgano correspondiente en el varón

funcionales las mamas y el útero mientras que no lo eran en el caso de los varones.

La idea del hermafroditismo esencial de los seres humanos no era nueva y tenía su origen en la medicina antigua¹⁵⁴. No obstante en el siglo XIX cumplía una función necesaria y específica, porque cuando se buscaron y describieron homologías entre las estructuras de los órganos sexuales masculinos y femeninos restauraban, en un nivel biológico básico, la unidad de la especie humana que había sido dividida por la interpretación esencialista que la ciencia hacía del dimorfismo sexual.

Pero al unir a la especie humana embriológicamente manteniendo una concepción esencialista de su dimorfismo sexual surgía otro problema que debía ser resuelto. Era necesario responder a la pregunta de cual de los dos sexos representaba al ser humano después del nacimiento. El prestigioso ginecólogo de Edimburgo Sir James Young Simpson, defensor del hermafroditismo esencial de los seres humanos, se ocupó de esta cuestión. Mantenía una posición contradictoria porque, a pesar de mantener que el representante de la especie humana era el hermafrodita, decía que el varón representaba al ser humano porque era el más evolucionado de los dos sexos y estaba mas diferenciado, mientras que las mujeres se habían quedado evolutivamente en un estado amorfo, más cercano al nivel básico de la especie humana. Según Simpson estaba probado que la mujer estaba menos evolucionada, es decir, menos diferenciada del estado hermafrodita, porque regresaba a él al cesar sus funciones reproductivas. Creyendo que las características sexuales secundarias dependían de los ovarios en las mujeres y de los testículos en los hombres afirmaba que los individuos en los cuales estos órganos no funcionaban o estaban ausentes eran los más cercanos al prototipo de la especie. Este era el caso de los individuos prepuberales y de todas las mujeres en su periodo de post-menopausia que, según él, eran ejemplos naturales de hermafroditas. Mantenía que todos los individuos cuando llegaban a la pubertad se alejaban del hermafrodita específico en un proceso de diferenciación sexual que era mucho

aunque fuera en un estado rudimentario. Cit. en Moscucci [1990].

¹⁵⁴ Puede consultarse Laqueur, T. [1986].

mas elaborado en los varones. Por eso afirmaba que las mujeres, más cercanas al prototipo hermafrodita, en la menopausia hacían el camino inverso volviendo a ese estado indiferenciado. Simpson consideraba que cuando las mujeres envejecían perdían su feminidad que identificaba con los atributos de la mujer joven, atractiva sexualmente para los varones y reproductora. Cuando al envejecer perdían estas características, según Simpson, perdían su feminidad y consideraba que esta era la prueba de que su identidad sexual era precaria. Los varones, por el contrario, aunque envejecieran no perdían su identidad sexual debido a que como individuos estaban mas diferenciados.

La posición de Simpson presentando al varón como el más evolucionado de los dos sexos era difícilmente sostenible. Una de sus dificultades radicaba en el hecho que la mujer tenía algunos órganos mas desarrollados, las mamas. Esta característica podía significar que estaba evolutivamente mas diferenciada, sobre todo si se tiene en cuenta que esas estructuras anatómicas, al servir para alimentar a la progenie, podían considerarse adaptativas porque permitían la supervivencia de la especie. Sin embargo, este hecho no impidió a Simpson seguir afirmando la inferioridad evolutiva femenina. Resolvía esta cuestión diciendo que, dado que se habían observado mamas en hermafroditas con predominio de "tipo varonil" y también en varones cuyas funciones y órganos reproductivos eran totalmente normales, esos órganos desarrollados eran propios de la naturaleza esencial de la especie, es decir del hermafrodita, y por eso en los individuos mas evolucionados, los varones, se habían atrofiado¹⁵⁵.

Así pues, los científicos intentaban, por medio de las homologías, conciliar en las estructuras anatómicas embrionarias unidad y diferencia. Mantenían que, en el nivel embriológico, hombres y mujeres eran idénticos. El pene y el clítoris, la vulva y el escroto, los testículos y los ovarios, compartían orígenes comunes en la vida fetal. Posteriormente en el proceso de desarrollo que se iba produciendo en los individuos desde el nacimiento hasta la edad adulta los órganos sexuales se iban diferenciando en estructura y función.¹⁵⁶

También se utilizaban para defender la idea de la subyacente unidad de los

¹⁵⁵ Simpson, 'Hermaphroditism' p.p. 491- 2. Cit. en Moscucci [1990] p.p. 20-21.

¹⁵⁶ Una descripción completa de las homologías aparece en J.Y.Simpson. En W.G.Simpson (ed.) [1871] II *The Works of Sir J.Y.Simpson*. 3 vols. Edimburgo p.p. 407-542. Op. cit. p. 21.

seres humanos de distinto sexo, teorías como la llamada de la "periodicidad vital", a la que se suponía estaban sometidas todas las especies animales. Propuesta por el neurofisiólogo Thomas Laycock y elaborada por científicos de intereses tan variados como Charles Darwin o el sexólogo del XIX Havelock Ellis mantenía que los fenómenos fisiológicos de todos los seres vivos se adaptaban a ciclos regidos por el sol la luna y las estaciones, y por tanto también estaban sometidos a ésta. Se mantenía que esos periodos estaban presentes en ambos sexos pero mientras el ciclo de 28 era dominante en la mujer el de veintiuno era mas marcado en el varón¹⁵⁷.

Sucesos biológicos de naturaleza diversa se explicaban por medio de esa ley. Se citaban casos como por ejemplo el de un renombrado cirujano de Londres a quien desde su pubertad le aparecía un herpes en el lado izquierdo del pene cada tres semanas. También las hemorragias periódicas, como las menstruales se explicaban por medio de la *periodicidad vital* que permitía regularmente limpiar el cuerpo. En la medicina del XIX pervivía la idea griega que concebía la menstruación como un mecanismo mediante el cual las mujeres expulsaban la sangre sobrante. En caso de amenorrea se consideraba que tendrían que ser otros órganos los que acometieran esta función en lugar del útero, dando lugar a hemorragias de otras zonas del cuerpo, como nariz, ano o riñones. A pesar de que los médicos del XIX conocían la relación entre menstruación y funciones reproductivas, retomaron la idea de la antigua Grecia de considerar la hemorragia peneana como un tipo de menstruación vicaria. De esta forma se mantenía que era posible la menstruación masculina y la hemorragia peneana fue interpretaban como un tipo de menstruación vicaria. Así lo manifestaba el ginecólogo Alfred Wiltshire quien en la revista *The Lancet* publicaba un artículo donde describía algunos casos¹⁵⁸.

La tendencia de los médicos a describir similitudes entre hombres y mujeres estaba impulsada por la necesidad de encontrar conexiones entre los sexos que habían sido esencialmente divididos. Y es que, al defender los científicos esforzadamente que las diferencias entre hombres y mujeres eran

¹⁵⁷ Ibidem.. p. 19-20.

¹⁵⁸ Wiltshire, A.[1885].

esenciales, dividían la especie humana por el sexo. Y para restaurar la división que su interpretación esencialista del dimorfismo sexual había producido, tuvieron que buscar similitudes, precisamente en aquellas estructuras en las que objetivamente los dos sexos diferían, a saber, los órganos sexuales. El enorme esfuerzo teórico que realizaron cuando afirmaban que la especie humana era hermafrodita, respondía a la necesidad de encontrar una identidad embrionaria que restaurara la unidad de la especie a un nivel biológico básico para poder seguir afirmando que hombres y mujeres, cuando alcanzaban la madurez sexual eran, física, social y psicológicamente diferentes.

8. La tendencia femenina al desequilibrio mental.

Las historiadoras de la psicología han puesto de relieve que en la sociedad occidental, tradicionalmente la locura se ha considerado una enfermedad femenina.¹⁵⁹ Y sobre todo en Gran Bretaña en el siglo XIX pues la mayoría de las personas internadas en los manicomios eran mujeres¹⁶⁰.

Cuando se ha intentado encontrar las razones que dieran cuenta de este hecho se han propuesto explicaciones en las que se ha relacionado el trastorno mental femenino con las características del sistema de género¹⁶¹. Algunos trabajos han atribuido la mayor tasa de diagnósticos psiquiátricos femeninos al hecho de que eran varones quienes hacían los diagnósticos¹⁶². En otros casos se ha mantenido que la alta tasa de trastornos mentales en la población femenina

¹⁵⁹ Felman, S. [1975] ; Lloyd, G. [1984]; Showalter, E. [1987].

¹⁶⁰ En los siglos anteriores también las mujeres con trastornos psíquicos también eran mayoría. Por ejemplo entre los pacientes del Dr. Napier las mujeres con trastornos mentales duplicaban en número a los varones. Cit. en Michael MacDonald, [1981] pp.36-80 .

¹⁶¹ Véase Chesler, P. [1972] Felman, S. [1975] Showalter, E. [1985]

¹⁶² Resulta llamativo que a pesar de estos datos, un gran crítico de la psiquiatría como Foucault no hayan considerado relevante el sexo de quien hace los diagnósticos y el de las pacientes, aunque si hayan utilizado la clase como una categoría de análisis. Foucault, M. [1961].

se ha debido a que el sistema de social ha resultado nocivo para su psicología porque les ha privado de autoestima y autonomía personal¹⁶³. Otras autoras han argumentado que las mujeres tradicionalmente han sido calificadas de desequilibradas cuando, con sus conductas o manera de pensar, han violado las estrictas normas de género. A su entender la etiqueta de "locas" es el precio que han tenido que pagar por ser mujeres y no aceptar el modo de vida que en la época se consideraba propio de su sexo¹⁶⁴.

Aunque las anteriores explicaciones puedan ser parcialmente válidas, en el siglo XIX existía una razón básica y fundamental relacionada directamente con la noción científica de feminidad. Esta noción fue utilizada en las dos corrientes psiquiátricas que estuvieron vigentes en Gran Bretaña durante el siglo XIX.

8.1. La psiquiatría decimonónica.

En las primeras décadas del siglo XIX no puede decirse que existiera en Gran Bretaña una psiquiatría que se ocupara de comprender y tratar la enfermedad mental. En lugar de cuidar a los enfermos se les encerraba y temía. La locura se consideraba una cualidad bestial y salvaje que acercaba a la animalidad a quien la padecía. A quienes la sufrían se les ataba con cadenas y camisas de fuerza en los manicomios, que en su mayor parte eran instituciones privadas, empresas dedicadas a encerrar a los enfermos en condiciones inhumanas¹⁶⁵.

¹⁶³Felman, S. [1975].

¹⁶⁴ Esta es la argumentación mantenida por Chesler, P. [1972] cuando afirma que las enfermas mentales ingresadas en los psiquiátricos de E.E.U.U. eran heroínas que se han rebelado contra las cadenas sociales de *la feminidad*.

¹⁶⁵ En las condiciones de hacinamiento y descuido que soportaban los enfermos estaba precisamente la clave de lo próspera que era esta actividad. Y la forma en que prosperaron llegó a ser tan escandalosa que los propietarios de los manicomios fueron denunciados ante el parlamento británico en los años 1815, 1816 y 1827. Murphy, E. [2001] realiza una revisión de estos manicomios y como su explotación económica estuvo en manos de dos ricas familias londinenses.

Esta situación cambió a partir de 1830 cuando en Gran Bretaña la psiquiatría comienza a ser entendida como una disciplina científica, dedicada al estudio y tratamiento de los problemas de conducta y de la mente. A partir de esa fecha se sucedieron dos corrientes psiquiátricas claramente diferenciadas tanto por la forma de entender la causa de la enfermedad mental como por el modo de abordar su tratamiento.

El primer período de la psiquiatría propiamente científica correspondió a la que llamaremos *psiquiatría victoriana*¹⁶⁶ que estuvo vigente desde 1830 hasta 1870 aproximadamente. Esta corriente se caracteriza fundamentalmente por concebir la enfermedad mental como un padecimiento humano, algo que podía comprenderse y que llevaba a compadecerse de quienes lo sufrían. Este nuevo modelo psiquiátrico fue propuesto e impulsado por John Conolly [1794- 1866] quien rompió con la tradicional forma de entender la locura y adoptó una actitud protectora y benevolente hacia los enfermos mentales a quienes consideraba dignos de compasión y cuidado. El impulsor de la nueva psiquiatría reclamaba para ellos una atención humanitaria y mejores condiciones de vida en los internamientos. Denunciaba que en las terribles condiciones en que se les mantenía, no podía conseguirse que mejoraran. Por ese motivo criticó los manicomios y la forma que en ellos se trataba a los internos:

*"En las mansiones tenebrosas donde se tolera que se ate a los enfermos con cuerdas y cadenas (...) No existía piedad ni misericordia ni una decente mirada para el sufrimiento para la edad, para el sexo. Viejos y jóvenes, hombres y mujeres, melancólicos y violentos eran tratados peor y dejados mas abandonados que las bestias en el campo."*¹⁶⁷

La reforma que acometió Conolly estaba inspirada en la idea de que las

¹⁶⁶ Aunque las dos corrientes psiquiátricas de las que nos ocupamos transcurrieron durante la era victoriana ya que la reina Victoria murió en 1901, en este trabajo se denominará *psiquiatría victoriana* al enfoque psiquiátrico que estuvo vigente entre los años 1830 y 1870. A la corriente que se establece a partir de 1870 se le llamará *psiquiatría darwinista*.

¹⁶⁷ Connolly, J. [1856] Reimpreso por Dawson [1973] p.p. 32.

difíciles condiciones de vida que tenían los pobres hacían que algunos de ellos, los moralmente débiles, no pudieran soportarlas y enfermaran. El padre de la nueva psiquiatría era un reformista social que reclamaba como medida preventiva para reducir los índices de enfermedad mental, la necesidad de cambios sociales para evitar el sufrimiento de las clases desfavorecidas. Sostenía que si disminuía el sufrimiento de los pobres también bajaría la tasa de trastornos mentales que en ellos se daban.

La manera innovadora que tenía Conolly de entender la labor de un psiquiatra se adaptaba a los valores de su época. Su enfoque estaba impregnado del optimismo y confianza de una sociedad imperial y etnocéntrica que, en la cúspide de la era victoriana, creía en su superioridad moral. Esa sociedad, en su esplendor imperialista, poderosa y orgullosa de sí misma, sentía que debía y podía ocuparse de las personas que perdieran la salud mental y se propuso ayudar a los enfermos mentales y darles cobijo. Por ese motivo, las ideas de la nueva psiquiatría fueron muy bien recibidas por la opinión pública. Tanto en la prensa general como en las publicaciones médicas se elogiaba la actitud de los psiquiatras que adoptaba la nueva perspectiva porque intentaban proteger y ayudar a los enfermos mentales. Se veía a Conolly dotado del espíritu victoriano progresista capaz de conducir a los psiquiátricos desde el salvajismo a la civilización¹⁶⁸.

En las siguientes décadas Conolly emprendió una reforma de sus manicomios y el Reino Unido se convirtió en el país europeo más avanzado en psiquiatría clínica. Se construyeron nuevos sanatorios psiquiátricos por todo el país para poder atender a quien lo necesitara¹⁶⁹. En 1851, el mismo año en que la reina Victoria inauguró la *Gran Exposición del Palacio de Cristal*, se abrió el *Colney Hatch Lunatic Asylum*. Según el Dr. Edgar Sheppard, supervisor médico de su sección masculina, no había ninguna persona en el Reino Unido tan bien cuidada como lo estaban los enfermos mentales. Esta institución era la de mayor tamaño, mas cara y moderna que nunca había existido. Su construcción se planificó para poder llevar a cabo el tratamiento de los enfermos mentales incorporando los nuevos principios que dirigirían la nueva psiquiatría.

¹⁶⁸ Scull, A.T. [1984], p.236.

¹⁶⁹ Sheppard, E. [1873] p.510.

La actitud de los psiquiatras frente a la enfermedad mental tuvo repercusiones incluso en la terminología empleada para nombrar los centros donde se internaba a los enfermos. La palabra *manicomio* que se utilizaba para nombrar instituciones en las se confinaba a los locos sin tratamiento y en condiciones penosas fue sustituida por *asilo* o *retiro*¹⁷⁰ que aludía a la protección que los enfermos recibían en su internamiento temporal. Esta sustitución era muy significativa porque reflejaba el cambio de enfoque y métodos de la disciplina.

Los trastornos psíquicos fueron concebidos como una debilidad moral que hacía que quienes la padecían tuvieran dificultades para adaptarse a las duras condiciones de sus vidas. Los psiquiatras victorianos mantenían que la locura aparecía cuando un ser humano, por carecer de fortaleza psíquica, no podía soportar un medio ambiente adverso de desorganización familiar y pobreza.

Los enfermos eran ingresados en las instituciones psiquiátricas con el objetivo de conseguir su reestructuración mental y su adaptación a la sociedad para reintegrarse en ella. El tratamiento consistía en una serie de estrategias encaminadas a conseguir la reconducción moral de los enfermos. Se trataba de un método que tenía como objetivo fortalecer el carácter de los pacientes en un ambiente protegido para que después del tratamiento, fueran capaces de enfrentarse a la adversidad en mejores condiciones y con mayor fortaleza psicológica. Las instituciones psiquiátricas estaban organizadas de tal forma que en ellas se reproducía la estructura social de la época aunque en condiciones más benévolas. La idea que inspiraba el internamiento como terapia era que reproduciendo en los asilos el modelo de la sociedad real, los enfermos podrían entrenarse y adaptarse a su estructura y a la vez adquirir fortaleza moral en un ambiente protector.

La reconducción moral inicialmente pareció tener éxito. No obstante aunque en un primer momento cuando se internaba a los enfermos, mejoraban, pronto se hizo patente que cuando se les daba de alta y regresaban a sus casas empeoraban de nuevo. Después de un tiempo comenzó a ponerse de relieve la ineficacia del tratamiento porque para aliviar a los pacientes psiquiátricos se necesitaban internamientos interminables. Así pues, el optimismo de la

¹⁷⁰ En inglés *asylum* y *retreat* .

psiquiatría victoriana y la confianza que la sociedad había puesto en ella, fueron desvaneciéndose. Cuando Conolly murió en 1866, el fracaso de su modelo no podía ocultarse¹⁷¹. Pero, sobre todo, la sociedad en la que las ideas de Conolly triunfaron había experimentado profundos cambios. Las nuevas condiciones sociales hicieron que se dejara a los sanatorios psiquiátricos, que estaban saturados, en un estado ruinoso, sin apenas personal ni recursos económicos y abandonados a su suerte.

Según el siglo XIX avanzaba hacia su fin, la sociedad británica fue perdiendo su optimismo. En las décadas de 1870 y 1880, Gran Bretaña estaba atravesando una depresión económica severa. El país tenía una tasa de desempleo alarmante y las reivindicaciones de justicia e igualdad de la clase trabajadora era percibidas por el sistema como una amenazante revolución de clase. A mediados de 1880 las huelgas y las revueltas que se vivieron en el *East End* londinense fomentaban el miedo que las clases privilegiadas tenían hacia las protestas obreras¹⁷². A todo ello había que añadir las reivindicaciones feministas.

El nuevo contexto social diferente dio paso a una nueva psiquiatría cuyos valores e ideas eran acordes con los nuevos tiempos. Este cambio de enfoque fue dirigido por Henry Maudsley. En su obra titulada *Fisiología y Patología de la Mente*¹⁷³ expuso las líneas fundamentales de la nueva corriente, que en sintonía con los pensamientos y valores de una sociedad imperial que comenzaba su declive, adoptó su pesimismo. Maudsley era un personaje extraño, ambicioso, pesimista y amargado, que mantenía difíciles relaciones con sus colegas. Desacreditaba la psiquiatría anterior, calificándola como no científica, solo basada en retórica:

*"...que se construía a base de un magma de observaciones empíricas confusas y pomposo filosofar..."*¹⁷⁴

¹⁷¹ Entre 1867 y 1877 las personas recluidas aumentaban a un ritmo de 1775 al año. Cit. en Showalter, E.[1987].

¹⁷² Hobsbawm,E.J.[1977].

¹⁷³ Maudsley,H. [1879].

¹⁷⁴ Lewis,S.A. [1967], p.40.

El impulsor de la nueva corriente publicó una serie de ambiciosos estudios que le hicieron famoso¹⁷⁵. En ellos criticaba el sentimentalismo de Conolly por haber propuesto reformas sociales como medida preventiva para disminuir los casos de locura, pues según Maudsley los locos, al igual que los malvados, no eran víctimas de la sociedad sino personas que, además de tener una inteligencia mas baja, tenían una tendencia natural hacia la maldad y la locura. Su personalidad representaba, en cierto modo, el modelo de psiquiatra darwinista, que ya no era el amable protector de los enfermos mentales, sino que inmerso en el pesimismo de una época de recesión y revueltas sociales, no confiaba en la posibilidad de que los enfermos mejoraran. Mantenía que la *reconducción moral* tratamiento que se había realizado estableciendo una relación cercana y familiar entre los enfermos y psiquiatras, no respondía a criterios científicos.

El psiquiatra darwinista se presentaba a sí mismo investido del rigor de la ciencia y consideraba que no debía tener con los pacientes ningún tipo de cercanía afectiva, sino la distancia necesaria para mantener la fría objetividad de la ciencia. Se situaba en el marco del paradigma darwinista y adoptando un determinismo de corte biologicista, concebía el trastorno mental como el ineludible destino de quienes habían recibido una herencia biológica defectuosa. Mantenía que la causa de la enfermedad mental estaba en un defecto orgánico que hacía al individuo inadecuado para el medio en que vivía¹⁷⁶. La locura se entendía como una degeneración o regresión a las formas inferiores de la naturaleza humana, un paso inverso al progreso evolutivo. Se decía de ella que:

*" Es atravesar el camino de la evolución pero en dirección contraria quitando las capas superpuestas del desarrollo que han sido laboriosamente depositadas por el proceso de la evolución "*¹⁷⁷.

¹⁷⁵ Las obras mas importantes que le hicieron erigirse en la figura dominante de la psiquiatría inglesa de su época fueron *Body and Mind* [1870], *Responsability and Mental Disease* [1874] ,aunque no fueron las únicas porque escribió incesantemente a lo largo de su vida.

¹⁷⁶ Showalter, E.[1985] p.106.

¹⁷⁷ Op. cit.

En las décadas finales del siglo XIX, los psiquiatras compartieron el pesimismo de darwinismo social. Si desde esta corriente de pensamiento se mantenía que no era posible eliminar la pobreza, considerándola producto inevitable de la escasez de recursos y de características no adaptativas heredadas, los psiquiatras mantenían igualmente que tampoco se podía hacer nada para curar la locura. Afirmaban que, aunque se proporcionara a los enfermos ayuda psiquiátrica, la locura reaparecería en generaciones posteriores.

Al no existir tratamiento, solo consideraban posible luchar contra los trastornos mentales de dos maneras. Cuando ya hubieran aparecido, lo único que se podía hacer con los enfermos era internarlos en los asilos para evitar que hicieran daño a la sociedad. Allí debían ser vigilados y controlados a través de opiáceos y castigos. La segunda forma de combatir el trastorno mental era descubriéndolo cuando todavía se encontrara oculto para poner en marcha medidas preventivas. Por consiguiente los psiquiatras recomendaban vigilar a las personas buscando en ellas signos que pudieran delatar la existencia de la enfermedad en estado latente. Estas señales podían ser por ejemplo, la posición de una oreja, el pliegue de un párpado o conductas excéntricas. Cualquier característica extraña, física o psíquica, era considerada signo que apuntaba a la existencia de trastorno mental¹⁷⁸. Este diagnóstico precoz se aconsejaba para poder adoptar estrategias encaminadas a reducir la tasa general de padecimiento de la enfermedad mental con medidas eugenésicas. Y es que, al sostener los psiquiatras de finales del XIX que la locura era hereditaria, mantenía también que, quienes la padecían, no tenían derecho a tener hijos y la sociedad tenía que evitar el nacimiento de individuos degenerados.¹⁷⁹

8.1. 1. La debilidad moral de la mujer.

A lo largo del siglo XIX las corrientes psiquiátricas cambiaron según

¹⁷⁸ Gilman, S.L. [1985] p.188.

¹⁷⁹ Maudsley, H.[1874].

cambiaba el contexto socioeconómico, no obstante permaneció inalterable el hecho de que la mayoría de los pacientes diagnosticados e ingresados en las instituciones, eran mujeres. Los dos modelos de psiquiatría que estuvieron vigentes en el siglo XIX, utilizaban en sus diagnósticos la noción científica de feminidad. En ella la mujer era concebida con una racionalidad debilitada por sus funciones reproductivas.

Dado que la psiquiatría victoriana entendía la locura como una alteración que sufrían los moralmente débiles que no podían soportar las difíciles condiciones de sus vidas, era natural que la sufrieran mayoritariamente las mujeres ya que su mente estaban debilitada por sus funciones reproductivas. Por consiguiente, era de esperar que tuviesen una mayor tendencia que los varones a la locura ya que en ellas era, en cierto modo, algo natural.

A pesar de que el enfoque psiquiátrico liderado por Connolly consideraba que las condiciones sociales desfavorables intervenían en la aparición de la enfermedad mental, en ese modelo no se tuvo en cuenta la posibilidad de que el papel que el sistema social asignaba a las mujeres pudiera ser un factor desencadenante de la locura femenina. Aunque los psiquiatras reformistas victorianos se ocuparon de las condiciones en que se desarrollaba la vida de las mujeres pobres, en sus análisis solo utilizaron como concepto explicativo la clase social. Pusieron de relieve que los masivos trastornos que algunas mujeres con hijos padecían, estaban provocados por la pobreza. Por ejemplo, habían acuñado el término *locura lactante* para nombrar el cuadro psiquiátrico que padecían con cierta frecuencia mujeres muy pobres a causa de la anemia y debilidad que en ellas provocaba la prolongación excesiva del periodo de lactancia de los hijos que practicaban para evitar quedarse embarazadas. Sin embargo no se tuvo en cuenta de qué forma, lo que hoy llamaríamos sistema de género intervenía en la producción de la patología, haciendo que las mujeres muy pobres no pudieran disponer de sus propios cuerpos y tuvieran que estar sometidas a embarazos continuos.

Los psiquiatras aunque creían que la enfermedad mental estaba relacionada con la pobreza, sostenían que la mayor predisposición que las mujeres tenían a padecerla se debía a su natural debilidad moral. Explicaban la locura femenina recurriendo a la propia feminidad y la relacionaban con la fisiología reproductiva. Por ese motivo veían la llegada de la menstruación como

un suceso estrechamente conectado con la salud mental, un desencadenante de desequilibrio psicológico. La pubertad de las niñas se consideraba una etapa de la vida especialmente peligrosa para la mente, y la menarquia, el primero de una serie de peligros que acechaban a la psicología femenina y que tendría que soportar a lo largo de toda su vida. Por ese motivo los psiquiatras prevenían a las familias y les avisaban que estuvieran atentas a las primeras señales de la enfermedad moral que con frecuencia afectaba a las adolescentes, urgiendo a las madres a que en esa edad vigilaran a sus hijas porque era cuando:

"...la muñeca de la familia se convertía inexplicablemente en no religiosa, egoísta, calumniosa, falsa, maliciosa, desprovista de afecto, terca y discutidora"¹⁸⁰.

Para el tratamiento de los problemas mentales femeninos la psiquiatría victoriana utilizaba también la reconducción moral. Al igual que los varones, las mujeres eran tratadas con un entrenamiento de socialización encaminado a que se adaptaran y aceptaran el modelo social de la época con su estructura de género. Cuando se alejaban de él, mostrando conductas inadecuadas o sentimientos impropios, eran internadas en sanatorios para que recuperaran la fortaleza psicológica perdida, en un ambiente que reproducía el modelo de estructura familiar victoriano, con su organización sexista, patriarcal y sus valores¹⁸¹. La *reconducción moral* consistía en un proceso en el que la paciente tenía que ir ordenando su mente y su conducta, para adaptarse a la organización social. Y el método utilizado consistía en hacer vivir a las internas jornadas llenas de actividades y reglas encaminadas a entrenar a las enfermas en la aceptación del papel social que se les había asignado en la sociedad patriarcal. En definitiva, la reconducción moral consistía en presionar a las mujeres para que aceptaran los roles de género.

El tratamiento, resultaba a veces efectivo, probablemente porque el internamiento permitía a las mujeres escapar durante un tiempo a la terrible

¹⁸⁰ Cit. en Showalter, E. [1985] p. 56.

¹⁸¹ Véase Roberts, D. [1979], p.p. 4-5.

violencia que en el mundo exterior se ejercía sobre ellas¹⁸². Y es que en los asilos recibían cuidados y comprensión, por lo que algunas enfermas mejoraban y aceptaban el modelo de conducta que los psiquiatras presentaban como propio de la naturaleza femenina.

Pero el discurso psiquiátrico de Conolly, a pesar de utilizar una retórica suave, estaba fuertemente enraizado en el poder y la autoridad patriarcal¹⁸³. Y el tratamiento que proponía era doblemente opresor con las mujeres porque, con la forma de un paternalismo sexista, presionaba para que aceptaran su posición social en el seno del sistema patriarcal y que admitieran las situaciones de injusticia y desigualdad de una sociedad no igualitaria en la que eran discriminadas por su sexo. Este modo de entender el tratamiento psiquiátrico hacía innecesarias las cadenas que en los manicomios antiguos se habían usado, pues la psiquiatría victoriana imponía sobre las mujeres las sutiles, pero no menos férreas, cadenas de la *feminidad*.

8.1.2. Inferioridad evolutiva femenina y psicología inestable.

Con el cambio de modelo psiquiátrico, también cambiaron las relaciones de los psiquiatras con las mujeres. En la década de los 70 desapareció la actitud paternalista que la corriente anterior adoptaba. Los psiquiatras darwinistas, instalados en la autodeclarada fría objetividad de la ciencia, desconfiaban de la salud mental femenina. Entender la enfermedad psíquica como un defecto orgánico que hacía al individuo inadecuado para el medio en que vivía significaba aceptar que, en Gran Bretaña, la mujer tenía mayor predisposición a padecer trastornos psiquiátricos porque con su naturaleza instintiva resultaba muy difícil su adaptación a una sociedad civilizada producto de la racionalidad masculina.

La forma en que la ciencia concebía a la mujer conducía directamente a que se convirtiera en prototipo de paciente psiquiátrico. La metáfora específica de la psiquiatría darwinista era la de *borderland*, concepto que aludía a una zona

¹⁸² Para recordar la violencia con la que se trataba tradicionalmente a las mujeres puede revisarse Shorter, E. [1991] p.p.3-16.

¹⁸³ Conolly, J. [1856] Reimpreso en 1973, p.58.

indefinida y cercana al límite de la locura, donde se agazapaba la semilla del desequilibrio nervioso y de forma latente la locura. Sobre esta peligrosa *tierra de nadie*, a medio camino entre la salud y la enfermedad, vagaban aquellos que:

*"... mostraban pensamientos, carácter y sentimientos peculiares que les hacen diferentes de los seres normales y les hace destacarse de sus semejantes."*¹⁸⁴

Y como científicos, los psiquiatras darwinistas no tenían ninguna duda de que las mujeres tenían una tendencia natural a transitar por el terreno cercano al trastorno mental. Pensaban que en ellas se agazapaba frecuentemente la enfermedad en estado latente y cuando alguna exhibía rasgos físicos peculiares o tenía conductas o ideas no convencionales, se suponía que estaba psíquicamente trastornada.

Buscando signos de enfermedad mental latente, los psiquiatras relacionaban la fealdad con la locura y sostenían que determinados rasgos físicos delataban su existencia¹⁸⁵. Así pues, se prevenía a los varones de los riesgos que podía tener que la madre de sus hijos pudiera transmitirles la locura y recomendaban a los que iban a casarse que, antes de hacerlo, comprobaran que sus futuras esposas no tuvieran:

*"...cualquier signo que delatara la degeneración del linaje(...) cualquier malformación de la cara, la cabeza, la boca, los dientes y las orejas. Los defectos externos y las deformidades son los signos visibles de defectos internos e invisibles que tendrán consecuencias en la descendencia"*¹⁸⁶.

La psiquiatría darwinista sostenía que la natural tendencia de la mujer

¹⁸⁴ Wynter, A. [1875] p.p. 124-25.

¹⁸⁵ Es esta época el famoso criminólogo C.S. Lombroso publicó sus famosos estudios fotográficos sobre los rostros degenerados de la mujer criminal.

¹⁸⁶ Maudsley, H. [1895] p.536.

hacia el trastorno mental radicaba en la conexión que existía entre su mente y el sistema reproductivo. Teniendo en cuenta que el modelo de salud mental se entendía como control de los instintos por medio de las facultades intelectuales de nivel superior, las mujeres difícilmente podían adaptarse a tal modelo pues eran concebidas como naturalezas instintivas dominadas por su tendencia irrefrenable a procrear. Teniendo en cuenta que se consideraba enfermo mental a quien tenía dificultades o estaba incapacitado para controlar sus bajas pasiones, en el caso de la mujer, según la ciencia, esa dificultad pertenecía a su naturaleza. En ellas el equilibrio racional propio de la salud mental era alterado por la instintividad y por eso se desequilibraban psicológicamente con más frecuencia que los varones.

Sobre la base de tales supuestos los psiquiatras mantenían que la represión sexual era la causa del trastorno psíquico por excelencia, la histeria¹⁸⁷. Esta enfermedad se conectaba directamente con la sexualidad femenina. Por ese motivo se sostenía que se desencadenaba en la pubertad cuando las necesidades sexuales aparecían. La psiquiatría mantenía que la razón por la cual la alteración mental afectaba fundamentalmente a las mujeres se debía a que tenían mayor dificultad que los varones para luchar contra sus deseos sexuales, porque su intelecto, al estar menos desarrollado, era fácilmente dominado por pasiones y afectos:

"Las chicas tienen mayor tendencia a sufrir en este período que los jóvenes y no es(sic) difícil de entender las razones. En primer lugar, en las mujeres jóvenes la vida afectiva está más desarrollada en proporción al intelecto que en los varones y también la influencia de los órganos reproductivos sobre la mente es más fuerte en las

¹⁸⁷ La histeria clásica fue definida por los médicos a principios del siglo XIX. Aunque incluía muchos síntomas, había dos que eran definitorios: el ataque que comenzaba normalmente con dolor en la región uterina y el *globus histéricus* o sensación de ahogo con sensación obstructiva en la garganta y en el pecho, como una bola ascendiendo en el esófago produciendo un efecto de ahogo y sofoco. Antiguamente se había creído que esta sensación era producida por el útero ascendiendo a la parte superior del cuerpo.

mujeres. ¹⁸⁸

También la menstruación era considerada un peligroso factor de riesgo para las alteraciones psíquicas. A partir de un entramado de consideraciones de tipo ideológico sustentadas en la idea de que el estado natural de la mujer era el embarazo, la menstruación se entendía como un estado *contra natura* que alteraba su equilibrio psíquico:

*"... y finalmente la función de la menstruación que comienza en las mujeres con la pubertad altera periódicamente el equilibrio mental acercándose al límite patológico en algunos casos..."*¹⁸⁹

Suponer en la mujer la existencia de una conexión mente útero, permitía establecer relaciones causales de dos direcciones. Por un lado se afirmaba que el útero afectaba a la mente por lo que la menstruación alteraba la psicología femenina, pero también la mente podía producir problemas menstruales:

*"... mientras que su tendencia a las irregularidades o supresión debido a causas mentales o corporales puede en cualquier momento afectar su mente"*¹⁹⁰.

De esta forma los psiquiatras entraban en el campo de la ginecología conectando sucesos mentales con características pertenecientes al área de la fisiología reproductiva. Y es que la idea de que la mente y el sistema reproductivo, en la mujer, estaban conectados, se consideraba incuestionable y se utilizaba para explicar los trastornos mentales.

Pero sobre todo la noción científica de naturaleza femenina contenía la explicación de por qué la mujer tenía una tendencia natural a padecer trastornos psíquicos. Esa noción se oponía al modelo de salud mental establecido en

¹⁸⁸ Maudsley, H. [1879] p.450.

¹⁸⁹ Ibidem.

¹⁹⁰ Op. cit.

términos de control de los instintos y representado por la psicología masculina, por consiguiente la mujer en términos psicológicos era considerada como una desviación de la normalidad. Y como el psiquiatra darwinista sostenía que era preciso vigilar a las personas que estaban degeneradas por sus orígenes, en el caso de las mujeres esa vigilancia debía ser mayor porque estaban predispuestas a la locura por razón de su sexo¹⁹¹.

8.1.3. Reivindicación de derechos y diagnóstico de psicopatologías.

La psiquiatría del siglo XIX utilizó como modelo de salud mental y conductual femenino el rol que la sociedad patriarcal victoriana asignaba a las mujeres. Desde la corriente dirigida por Conolly, se les imponía con una presión paternalista encaminada a hacer que aceptaran su posición subordinada, mientras que la psiquiatría darwinista adoptaba una actitud más agresiva. Los psiquiatras victorianos presionaron a las mujeres para que aceptaran y siguieran los modelos de conducta que la sociedad les imponía, calificando positivamente a las que se sometían como poseedoras de un valor, la fortaleza moral. Por el contrario se estigmatizaba con la etiqueta de débiles morales a las mujeres que no los seguían. En el caso de la corriente darwinista, psiquiatras como Henry Maudsley y T.S. Clouston también presentaron los roles victorianos de género como modelo de conducta adaptativa determinada biológicamente, argumentando que eran acordes con su naturaleza sexual-reproductora. Cuando las mujeres no los aceptaban eran diagnosticadas de psíquicamente anormales. Si ciertos rasgos físicos servían para sospechar que en las mujeres existía agazapada la enfermedad mental, se consideraba que ya había aparecido en las que mostraban pensamientos y conductas alejadas de las estrictas convenciones sociales.

Las demandas que las mujeres hacían para conseguir educación, trabajo y libertad personal, suponían un desafío para los postulados de la psiquiatría Darwinista que definía la salud mental como una adaptación al medio, que en el caso de las mujeres significaba aceptar la posición que ocupaban en el sistema

¹⁹¹ Maudsley, H. [1870].

de género. Cuando las mujeres cuestionaron el rol victoriano que se les había asignado tanto si exigían sus derechos como si se sentían desgraciadas en su papel social subordinado, fueron estigmatizadas con el diagnóstico de desequilibrio mental. Los psiquiatras interpretaron el sufrimiento de algunas mujeres o desafío de otras, como una inadaptación al medio en el sentido biológico del término y por tanto como debilidad nerviosa.

Los masivos diagnósticos psiquiátricos que se realizaron entre los años 1870 1910 coincidieron con la primera ola del movimiento feminista. En las décadas finales del siglo XIX, precisamente cuando las mujeres de clase media en Gran Bretaña se estaban organizando para exigir el derecho a la educación, al trabajo y al voto, se desencadenó una *epidemia* de histeria, debilidad nerviosa y neurastenia. La rebelión femenina contra los roles de género condujo a una oleada de diagnósticos de desórdenes nerviosos que por su carácter masivo no tenía precedentes.

Las feministas también fueron acusadas de provocar su enfermedad y la de sus descendientes por exigir sus derechos y negarse a aceptar el papel asignado para ellas en la sociedad patriarcal. Predecían los psiquiatras que si se dedicaban al estudio o a al ejercicio de profesiones masculinas se produciría en su organismo un desajuste llevándolas a la locura. Henry Maudsley, por ejemplo, afirmaba que la enfermedad estaba siendo provocada por las propias pacientes diagnosticadas y las responsabilizaba de transmitirla a su descendencia. Consideraba aberrantes las pretensiones de las feministas a las que acusaba ir contra de su naturaleza cuando reclamaban el derecho a trabajar en profesiones remuneradas:

*"En este tema, una ínfima minoría de mujeres que tienen otros objetivos y suspiran por otras profesiones, no puede ser aceptadas como las portavoces de su sexo. Podemos dejar que la experiencia les enseñe, como sin duda lo hará y les demostrará si estaban equivocadas o no. Si estuvieran en lo cierto se merecerían la recompensa de su fe y su trabajo, pero si se equivocaran, el error se vengará de ellas y de sus hijos, en el caso de que los tuviesen"*¹⁹².

¹⁹² Maudsley, H. [1874], p. 482.

De este modo la psiquiatría intimidaba a las mujeres que en la época luchaban por sus derechos con profecías de crisis nerviosas histéricas diciéndoles que sufrirían trastornos mentales. La histeria fue científicamente conectada con el movimiento de liberación femenina porque los propios médicos se dieron cuenta de la gran predisposición que las jóvenes independientes y rebeldes, tenían a padecer esta enfermedad. Y es que resultaba evidente el hecho de que entre este tipo de pacientes había un gran porcentaje de mujeres poco o nada convencionales, que no aceptaban lo que la ciencia entendía por naturaleza femenina¹⁹³.

Los psiquiatras darwinistas¹⁹⁴ con su posición social de prestigio en su calidad de expertos en el funcionamiento de la mente, presentándose como guardianes de la salud mental, se implicaron directamente en el mantenimiento del sistema social de la época, contribuyendo activamente a evitar que tuvieran éxito los esfuerzos de las mujeres para alcanzar sus aspiraciones de justicia e igualdad, haciendo pronósticos catastrofistas sobre aquellas que luchaban o deseaban cambiar sus vidas.

El concepto de naturaleza femenina que la ciencia había construido cumplía una doble función para la psiquiatría patriarcal ejercida exclusivamente por varones. Por un lado con él se explicaba la masiva tendencia femenina a padecer trastornos mentales y se justificaban los masivos diagnósticos psiquiátricos que sufrían las mujeres argumentando que se debían a la represión sexual que imponían las normas de la sociedad racional y civilizada. Pero también la tendencia femenina al desequilibrio mental se explicaba diciendo que sus instintos debilitaban sus menguadas capacidades racionales.

9. Conclusión.

Cuando en el siglo XIX el Estado Liberal acometió las reformas políticas

¹⁹³ Gilman, S.L.[1985] p.188.

¹⁹⁴Maudsley en su libro *Responsability and Mental Disease* [1874] dedica especial atención a las medidas eugenésicas.

para conciliar ideales igualitarios y desigualdad económica y social, las mujeres fueron dejadas al margen sin libertades ni derechos políticos.

La desigualdad de género era muy valiosa para el sistema económico porque, al favorecer las retribuciones salariales injustas, contribuía a la acumulación de capital de modo que para la economía capitalista era muy importante mantenerla. Además estaba profundamente enraizada en la cultura occidental y sustentada por la ideología masculina que contenía una serie de creencias en las que se afirmaba la inferioridad femenina.

No obstante, en el siglo XIX no era posible seguir manteniendo la discriminación femenina sin justificarla racionalmente debido a que los ideales democráticos de justicia e igualdad habían pasado a formar parte de los valores de la sociedad. Entonces la ciencia, con el prestigio de objetividad y neutralidad valorativa que había alcanzado en la época, explicó que hombres y mujeres eran esencialmente diferentes de modo que no podían equipararse en derechos.

Los ginecólogos, buscando las características en las que se diferenciaban los dos sexos afirmaron que la sexualidad y las funciones reproductivas definían a la mujer y que el instinto reproductor dominaba sus vidas. De este modo establecían que la instintividad era la cualidad dominante en la naturaleza femenina mientras que la racionalidad en ella se encontraba disminuida. Con la aportación de la ciencia se pudo concluir que el sistema de género era una organización racional porque se adecuaba a las características de hombres y mujeres. Éstas no podían disfrutar del derecho a voto a la educación y al trabajo remunerado porque debían ocuparse gratuitamente a las tareas cuidadoras propias de su naturaleza.

Cuando las mujeres rechazaban el rol que les asignaba el sistema patriarcal su rebeldía fue interpretada como un signo de anormalidad y fueron consideradas enfermas mentales. Los diagnósticos psiquiátricos masivos que se realizaron a las mujeres británicas durante las últimas décadas del siglo XIX se justificaban por medio de argumentos en el que se utilizaba un concepto de mujer que contenía la idea de su fragilidad mental. Utilizando esa definición de naturaleza femenina la psiquiatría aceptaba como algo natural que en las mujeres existiera una tendencia hacia el desequilibrio psíquico. Los psiquiatras, con su prestigio como expertos en la mente y la conducta contribuyeron a legitimar científicamente la creencia patriarcal de la irracionalidad femenina

afirmando que la mujer tendía a bordear la locura debido a las tensiones que provocaban en su mente su sistema reproductivo.

De esta forma, en el siglo XIX el sexismo, que el sistema económico necesitaba y que era el fundamento de la organización patriarcal, fue legitimado por la ciencia. Los escritores biomédicos dividiendo de forma esencial a hombres y mujeres contribuyeron a reforzar un sistema de género que estaba siendo desafiado por los ideales democráticos de la modernidad. Con la ayuda de ginecólogos y psiquiatras la estructura de la sociedad decimonónica quedaba justificada de modo que la ciencia masculina impregnada de la ideología patriarcal contribuyó a legitimar el sexismo. Explicaba que hombres y mujeres no eran naturalmente iguales y que consecuentemente en la sociedad no podían compartir el poder económico, militar ni político. Quedaba a salvo el orden patriarcal porque la ciencia afirmaba que las mujeres, por naturaleza, tenían que ocuparse del hogar y de los hijos y quedar económica y socialmente subordinadas al varón.

PARTE II

VALORES Y CREENCIAS EN LA MEDICINA DEL SIGLO XX.

Capítulo 3.

Problemas epistémicos en la investigación médica.

1. Introducción.

En el siglo XX la medicina termina de consolidarse como disciplina científica¹⁹⁵. En su lucha contra las enfermedades realiza estudios para identificar sus síntomas, comprender sus mecanismos de producción y buscar tratamientos eficaces¹⁹⁶. Las investigaciones se realizan siguiendo un modelo científico en el que las hipótesis se someten a prueba en laboratorio mediante la experimentación animal y realizando en humanos experimentos doble-ciego, estudios que utilizan muestras aleatorias de población o ensayos clínicos controlados¹⁹⁷. Confiando en este modelo los investigadores consideran que los hechos observados son seguros y los conocimientos objetivos porque se consiguen a través de experimentos diseñados e interpretados correctamente.

Sin embargo la utilización del método científico no significa que la investigación médica se realice al margen de las condiciones sociales. Porque debido a la gran complejidad que adquiere en el siglo XX necesita de enormes

¹⁹⁵ Algunos investigadores mantienen que la medicina, por su carácter empírico, ha tenido desde la Antigüedad las características propias de la ciencia. G.E.R. Lloyd (ed.) [1983] p. 71. Sin embargo puede afirmarse que en el siglo XIX se produce la *revolución científica* de la medicina porque las hipótesis causales se elaboran a partir de la observación y los estudios mediante los cuales se prueban utilizan como modelo el método científico. Wulff et al. [1990].

¹⁹⁶ Para examinar la naturaleza de la medicina en el siglo XX puede consultarse Bernard, C. [1957] También Wulff, H.R., Pedersen, S.A. y Rosenberg, R. [1990]

¹⁹⁷ Para comprobar el proceso mediante el cual la medicina se ha ido adaptando a este modelo puede consultarse Harris, M. [1997]

recursos económicos para poder llevarse a cabo. Cuando se aborda el estudio de las patologías es preciso recoger multitud de datos, plantear y poner a prueba diferentes hipótesis, y analizar sus resultados. Un trabajo de esas características necesita de laboratorios con equipamiento sofisticado, centros de experimentación animal, sistemas para el tratamiento de los datos estadísticos, y personal cualificado. Así pues la investigación necesita importantes recursos económicos que deben ser sufragados por organismos públicos o privados.

La dependencia financiera que los investigadores médicos tienen de los gobiernos o de las corporaciones privadas hace no puedan seleccionar de forma autónoma los problemas que van a estudiar. Cuando eligen y preparan sus proyectos saben que, para que sean aprobados, sus líneas de investigación deberán estar de acuerdo con los intereses y valores de quienes dirigen los organismos privados o públicos que sufragan sus gastos. Esta falta de independencia frente al contexto se pone de relieve en el enfoque adoptado en la mayoría de las investigaciones realizadas para luchar contra las enfermedades porque, como en la sociedad occidental dichas investigaciones están financiadas en su mayor parte por empresas privadas, los intereses económicos han marcado la dirección de los trabajos hacia el descubrimiento de drogas y técnicas terapéuticas que pudieran comercializarse y producir beneficios. Por el contrario, se han asignado escasos fondos para realizar estudios tendentes descubrir como se pueden prevenir enfermedades, ya que las medidas preventivas no podrían venderse y no proporcionarían rentabilidad económica¹⁹⁸.

Por otro lado, los valores del contexto también pueden influir en la fase previa de la investigación cuando se toman otras decisiones. Debido a que las enfermedades son muchas y los recursos económicos dedicados a costear su estudio limitados, es preciso seleccionar los problemas de salud cuya investigación se considera más necesaria. Esta selección se realiza según criterios que establecen quienes ocupan los puestos ejecutivos en las instituciones científicas y en las entidades que las financian. De modo que es preciso examinar si en esos puestos de decisión algún grupo social es dominante porque, si así fuera, sus valores e intereses podrían condicionar sus criterios de selección.

¹⁹⁸ Longino, H. [1990].

Es un hecho que en la sociedad occidental el control de la investigación médica, durante el siglo XX, ha seguido estando en manos de los varones. Los cambios políticos y sociales que se han producido, aunque han permitido a las mujeres acceder a los estudios de medicina, no han sido suficientes para conseguir que accedieran también a los centros de poder en los que se toman decisiones. Teniendo en cuenta que a lo largo del siglo XX los hombres han seguido dirigiendo la inmensa mayoría de los proyectos de investigación y controlando los puestos directivos en empresas y organismos estatales en los que se planifican, aprueban y financian las investigaciones¹⁹⁹, es razonable sospechar que las creencias, valores e intereses masculinos puedan haber condicionado las decisiones.

2. Ginecología y andrología.

Cuando la medicina se ocupa de investigar los problemas de salud que padecen las mujeres, el paso previo a la investigación consiste en delimitar el problema que va a ser objeto de estudio y establecer qué se considera una enfermedad femenina.

En el siglo XX esta demarcación se ha realizado utilizando como supuesto la noción de mujer reproductora definida por la ciencia del siglo XIX que contiene la idea de que la totalidad del organismo femenino está orientado hacia la reproducción. Tomando ese supuesto como punto de partida, la ginecología es considerada la disciplina que se ocupa de las patologías de la mujer a pesar de que es una especialidad dedicada al estudio y tratamiento de sólo una parte de los problemas de salud femenina, las patologías del sistema reproductivo.

Esta forma de concebir la ginecología hace que continúe siendo una disciplina que no tiene su correspondencia en otra paralela en la que, adoptando el mismo enfoque, los varones fueran estudiados médicamente como entidades

¹⁹⁹ Zimmerman, B.[1980] Hubbard, R. [1990] entre otras, han puesto de relieve que la investigación médica está dirigida por los intereses de los grupos poderosos, y estos grupos siempre están formados por varones blancos y de clase media.

reproductoras.

El primer intento fracasado de establecer una rama de la medicina especializada en el sistema sexual reproductivo masculino, se produjo a finales del siglo XIX en EE.UU. cuando, en el Congreso de Médicos Americanos del año 1891, un grupo de urólogos quiso que se les reconociese como expertos en el área de la reproducción masculina, presentándose en el marco de una sección a la que llamaron *andrología*²⁰⁰. En la segunda década del siglo XX el urólogo británico Kenneth Walker volvió a defender la necesidad de establecer una especialidad que, separada de la urología, se dedicara exclusivamente a estudiar los problemas de esterilidad masculina. Tampoco su idea prosperó y la medicina oficial siguió resistiéndose a establecer una nueva especialidad médica que se ocupara del varón en su vertiente reproductora. En 1970 por fin se usó el término *andrología* para nombrar una parte de la endocrinología que se ocupaba del sistema hormonal de los seres humanos.

La nueva subespecialidad, centrada en el estudio de las hormonas que determinan los caracteres sexuales masculinos y las funciones reproductivas, nunca ha alcanzado un estatus parecido al que tiene la ginecología. Aunque la existencia de la andrología significa reconocer la participación masculina en el proceso reproductivo, las diferencias que mantiene con la ginecología son significativas. En primer lugar, mientras los varones no pasan revisiones periódicas con andrólogos para cuidar y vigilar la salud de su sistema reproductivo, las mujeres, por el contrario, son aconsejadas desde las instituciones sanitarias a utilizar al ginecólogo como médico de cabecera y a pasar con él exámenes regulares a lo largo de toda su vida. Pero sobre todo las dos disciplinas difieren en el enfoque epistémico que adoptan pues, mientras la andrología estudia las funciones reproductivas de los varones como parte de la totalidad de su sistema endocrino, la ginecología considera que el sistema hormonal femenino es fundamental y condiciona la salud y de la mujer. Por este motivo la ginecología es la especialidad dedicada al cuidado del sistema reproductivo y a la vez es considerada la rama de la medicina que se ocupa de la salud femenina.

²⁰⁰ Citado en Moscucci, O [1990] p.33.

3. Delimitación y selección de problemas.

Sustentándose en la idea de que las funciones reproductivas constituyen la esencia de la feminidad, la medicina ha definido como problemas de salud femenina los relacionadas con el sexo y la reproducción.

Además, del conjunto de los problemas relacionados con las funciones reproductivas femeninas se han seleccionado como problemas más importantes y necesitados de financiación preferente los relacionados con la genética, los problemas de infertilidad y los métodos anticonceptivos que son precisamente aquellos en los que los hombres tienen intereses.

Los varones como grupo, están profundamente interesados en la genética porque los avances conseguidos en este área de conocimiento han permitido colmar la antigua aspiración masculina de conocer la legitimidad biológica de los hijos. De modo que, a pesar de que a finales del siglo XX los logros alcanzados no se han podido aplicar a la curación de enfermedades, han permitido realizar las pruebas de paternidad y permitir a los varones conocer quienes son sus hijos.

Los problemas de infertilidad también han sido otra de las áreas a las que la investigación ha dedicado enormes esfuerzos y recursos. Los logros conseguidos en la segunda mitad del siglo XX, a pesar de haber recibido mucha publicidad y reconocimiento social, han beneficiado proporcionalmente a muy pocas mujeres. En primer lugar por su escaso índice de éxito.²⁰¹ También porque en muchos países occidentales la mayoría de los tratamientos de infertilidad se han realizado en el sector privado al que no tienen acceso las mujeres con pocos recursos. Además, se han aplicado de forma muy restringida mayoritariamente a mujeres que tienen parejas estables con varones, excluyéndose de ellos a lesbianas y solteras²⁰².

Los métodos anticonceptivos sistémicos también han beneficiado a los varones porque les ha permitido mantener la actividad heterosexual sin la

²⁰¹ Pérez Sedeño, E. [2000].

²⁰² Doyal, L. [1995] y Warnock, M. [1985].

responsabilidad de tener hijos. Es cierto que también han beneficiado a las mujeres porque con ellos han conseguido controlar sus funciones reproductivas. Sin embargo las decisiones que a finales de la década de los cuarenta en Estados Unidos condujeron a incorporar la investigación anticonceptiva a la agenda científica no tenían como objetivo mejorar la salud femenina sino satisfacer la necesidad social de controlar la población.²⁰³ Y precisamente por estar excluidas las mujeres de los puestos donde se ha decidido la política científica, no se han programado ni financiado investigaciones para desarrollar anticonceptivos que, además de ser eficaces, protegieran la salud femenina. Por ejemplo, cuando comenzó la epidemia de SIDA. en EE.UU. los grupos feministas pidieron que se financiaran investigaciones para conseguir dispositivos anticonceptivos que también protegieran de posibles contagios de enfermedades sexualmente transmisibles a las que las mujeres, por su indefensión social, están muy expuestas. No obstante, no se han financiado proyectos que investiguen en esa dirección y en el mundo las mujeres siguen siendo masivamente infectadas por relaciones heterosexuales²⁰⁴.

Además, la gran atención y amplia financiación que han recibido las investigaciones sobre genética, infertilidad y métodos anticonceptivos, ha hecho que otros problemas que padecen mayoritariamente las mujeres y que producen en ellas mucho sufrimiento, hayan recibido poca financiación y por tanto han sido insuficientemente estudiados.

4. Enfermedades de causa desconocida.

En contra de los criterios de selección masculinos, los problemas relacionados con el control de la reproducción no son los únicos que padecen las mujeres, ni tampoco los más acuciantes. Existen otras enfermedades que sufre

²⁰³ Este punto se desarrolla en el capítulo cuatro.

²⁰⁴ Alexander, N. [1993]; Rosser, S.V. [1994].

mayoritariamente o exclusivamente la población femenina, que son importantes y no se investigan con recursos adecuados a pesar de su gravedad y de que pueden ser padecidas por el grupo al que pertenece la mitad de la población mundial. Por ejemplo, el cáncer de mama durante años ha recibido poca financiación a pesar de que en EE.UU. su incidencia se fue incrementando en un 12% a lo largo de una década²⁰⁵ y que a partir de estudios estadísticos realizados a principios de los años noventa se pronosticó que una de cada nueve mujeres iba a desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida²⁰⁶.

Otras patologías graves que afectan mayoritariamente a las mujeres como el lupus, anorexia o bulimia, algunas de naturaleza reumática u otras musculares como la fibromialgia, no reciben la financiación adecuada que su gravedad requiere. Por ese motivo han seguido permaneciendo dentro del grupo de las enfermedades de causa desconocida.

La investigación de algunas de las enfermedades femeninas graves ha recibido escasa financiación porque el hecho de no pertenecer a un área concreta de la medicina ha hecho más difícil que pasaran a formar parte de la agenda científica. Por ejemplo los trastornos de la alimentación ni siquiera han estado adscritos a una especialidad médica determinada. Durante años no se ha sabido exactamente a qué área de la medicina pertenecía el estudio y tratamiento de la anorexia y la bulimia de modo que una paciente con este tipo de trastorno, podía ser atendida indistintamente por un endocrino, un especialista en nutrición, un psiquiatra o un psicólogo. Al ser la anorexia una enfermedad casi exclusivamente femenina, incluso aparece mencionada en algunos manuales de ginecología. Esta situación ha favorecido que sigan siendo enfermedades desconocidas y que en la explicación de sus causas se viertan valoraciones y creencias sobre la personalidad de la paciente que dificultan adoptar un enfoque que aborde la investigación del problema utilizando los conceptos y métodos de la medicina como disciplina científica. Si la investigación perteneciera a una especialidad que, adoptando un enfoque global centrara el problema y coordinase la información procedente de diversas áreas, se podría progresar más en la comprensión de

²⁰⁵ Rosser, S.V. [1994].

²⁰⁶ Estos estudios fueron publicados en 1991 por Henderson, I.C. y Wender. Cit. en Rosser, S.V. [1994].

estos problemas.

También se han dedicado escasos recursos para financiar el estudio de otras patologías que padecen millones de mujeres. Especialmente desatendida queda la investigación de los problemas relacionados con las deficiencias nutritivas, osteoporosis e incontinencia urinaria que sufren las ancianas. Si se dedicaran recursos económicos adecuados a su gravedad o al número de personas que las padecen, podrían desarrollarse tratamientos que evitarían el sufrimiento o las numerosas muertes que producen. Sin embargo estas patologías no se consideran problemas de atención prioritaria porque se ubican con dificultad en el currículum general de las especialidades médicas ya que, por un lado son enfermedades que padecen las mujeres pero no pertenecen al sexo y la reproducción, área que la investigación considera de salud femenina de modo que su carácter de enfermedades no ginecológicas las convierte en invisibles para la investigación.

De este modo el concepto de mujer reproductora que la investigación utiliza para seleccionar los problemas, conduce a desatender el estudio de determinadas enfermedades femeninas. La consecuencia es que las necesidades de salud de un colectivo al que pertenece la mitad de la población, quedan insuficientemente atendidas²⁰⁷.

5. El concepto médico de feminidad y la elaboración de hipótesis.

El concepto de naturaleza femenina elaborado por la ciencia del siglo XIX, al permanecer en la medicina del siglo XX y ser utilizado como supuesto en la investigación, ha condicionado la dirección de algunas hipótesis e impedido que a pesar de los escasos resultados obtenidos se exploraran otras nuevas.

Los investigadores tomando como punto de partida la idea de que la

²⁰⁷ Esta situación ha hecho que el movimiento americano llamado *Iniciativa para la salud de las mujeres* llamara la atención sobre los escasos fondos que existen para la investigación de estas enfermedades. Véase Rosser, S.V. [1994]

reproducción es la esencia de la feminidad, han supuesto que la mayoría de los problemas embrionarios está relacionada causalmente con alteraciones de la biología materna. Ésta ha sido la razón por la que durante años los estudios realizados para encontrar la causa de daños embriológicos se han centrado en la madre y a pesar de conocerse que el material genético del embrión está formado por el que aportan los dos progenitores, apenas se han realizado investigaciones dedicadas a estudiar el daño que puede transportar el esperma. Por ejemplo, los experimentos realizados para descubrir el efecto teratógeno de algunos medicamentos se han realizado en animales hembras y se ha dejado sin explorar la posibilidad de que también pudieran dañar el material genético de los espermatozoides.

Los científicos han tenido motivos para sospechar que los varones podían estar contribuyendo a los problemas de la gestación que terminaban en aborto, nacimientos con feto muerto y anomalías embrionarias de naturaleza estructural y funcional²⁰⁸. De hecho los escasos estudios que se han realizado sobre la biología masculina han sacado a la luz, por ejemplo, que ciertos tóxicos ambientales, cuando afectan a varones, pueden causar malformaciones en su descendencia tales como crecimiento fetal lento, déficit funcional y nacimiento prematuro. A pesar de ello la investigación ha continuado centrada en la biología materna.

En los años finales del siglo XX algunos trabajos han puesto de relieve la necesidad de explorar la posibilidad de que ciertos fármacos pudieran interferir en el proceso que controla la expresión de los genes paternos y producir en el embrión anomalías cromosómicas o epigenéticas. El retraso que han sufrido estos estudios se ha debido a la distorsión producida por el concepto de mujer reproductora ya que ha conducido a suponer que la mujer está implicada casi de manera exclusiva en la causa de los problemas genéticos de los recién nacidos.

Por la misma razón, los problemas de infertilidad también se han investigado fundamentalmente en la biología femenina, mientras que en los varones han sido muy poco estudiados. En general los médicos suponen que cuando una pareja quiere y no puede tener hijos la causa radica en la biología

²⁰⁸ La necesidad de explorar estas hipótesis se ha puesto de relieve en el trabajo de Mastroianni et al. (ed.) [1994] Vol. I. p. 180-184.

femenina. Partiendo de esa idea los ginecólogos siguen aplicando a las mujeres tratamientos de infertilidad con técnicas de hiperestimulación hormonal que, además de ser potencialmente peligrosas y dolorosas, desafían los valores cognitivos de la ciencia por su escaso índice de éxito²⁰⁹. Sólo en la última década del siglo XX en algunos trabajos se ha señalado la necesidad de explorar líneas de investigación que consideren también la posibilidad de que la incapacidad de procrear se deba también a problemas existentes en la biología masculina. En ellos se ha sugerido, por ejemplo, la posibilidad de que medicamentos de uso común puedan causar azospermia²¹⁰.

La investigación de los anticonceptivos sistémicos también se ha centrado en la biología femenina a pesar de que desde el siglo XX ha existido la base teórica para investigar técnicas anticonceptivas manipulando la biología del varón. En la década de los ochenta se marcaron líneas muy definidas que permitían llevar a cabo programas de investigación para desarrollar anticonceptivos sistémicos masculinos. A partir de los conocimientos disponibles sobre la anatomía de la espermatogénesis se han sugerido diferentes estrategias de intervención, como por ejemplo el control de los mecanismos endocrinos, la supresión farmacológica directa de la espermatogénesis, la supresión de la maduración post-testicular de los espermatozoides y la interrupción del flujo espermático²¹¹. Sin embargo, terminado el siglo XX, siguen sin dedicarse recursos suficientes para realizar investigaciones dirigidas a desarrollar anticonceptivos sistémicos masculinos y los nuevos trabajos se han seguido centrando en la manipulación hormonal de las mujeres.

Para justificar la falta de investigaciones dedicadas a encontrar anticonceptivos sistémicos masculinos se ha aducido la dificultad que supone manipular el ciclo de producción de espermatozoides debido a que se realiza

²⁰⁹ Un examen muy detallado de los valores que intervienen en el mantenimiento de estas tecnologías ha sido expuesto por Pérez Sedeño, E. [2000] en de Mora et al. (eds.)

²¹⁰ Mastroianni, A.C. et al. (eds) [1994] p.p.179-183.

²¹¹ Se han realizado algunos intentos sin éxito de insertar válvulas en el escroto para poder hacer reversible con una mera manipulación a través de la piel para que el varón pudiera decidir si quería recuperar la fertilidad y accionar el mecanismo en la posición correspondiente. Consúltese Fawcett, D.W. [1978] en Diamond, M.C. y Korembrot, C.C. [1978]

continuamente. Apoyándose en esa idea se ha mantenido que era más adecuado centrar las investigaciones en la biología femenina ya que todos los óvulos están producidos desde el momento de su nacimiento y porque, debido a su carácter cíclico, es más sencilla y manejable. No obstante, si se tiene en cuenta que los investigadores del siglo XX han conocido que el control del ciclo reproductivo femenino se realiza por medio de una compleja interacción entre hipotálamo, adenohipófisis, útero y ovarios, estos conocimientos ponen en entredicho el argumento de la *simplicidad* sobre el que descansa la justificación de la línea que han tomado las investigaciones²¹².

A pesar de no existir fundamento racional para ignorar a los varones, las investigaciones se han centrado en el cuerpo femenino. La consecuencia ha sido que sólo las mujeres han tenido que tomar permanentemente una medicación que alteraba su sistema endocrino y no han podido descansar mientras sus parejas tomaban anticonceptivos masculinos. De este modo, aunque los anticonceptivos hayan liberado a las mujeres de embarazos indeseados, su administración prolongada también ha producido en ellas efectos secundarios que han originado problemas de salud de diferente gravedad²¹³. Y aunque los riesgos que los métodos anticonceptivos tienen para la salud femenina han sido científicamente investigados²¹⁴, su evaluación parte del supuesto de que la reproducción es exclusivamente una cuestión femenina y su control debe realizarse en el cuerpo de la mujer.

También la noción de feminidad que mantiene la medicina ha condicionado el estudio y tratamiento de algunas alteraciones de salud femenina. Definir a la mujer como una entidad reproductora conduce a establecer que la infertilidad es una anomalía y a considerar que un estado fisiológico como la menopausia, en el que no existe ovulación es una condición patológica o generadora de patologías.

²¹² Según algunas autoras, los científicos, como varones, no han querido experimentar en la biología masculina, por temor a que la anticoncepción produjera secundariamente efectos feminizantes. Véase Rosser, S.V. [1993], p.p.3-13.

²¹³ Véase Fasal, E. [1978] y Connell, E.B. [1978] en Diamond, M.C. y Korembrot, C.C. p.p. 85-99 y 1-7.

²¹⁴ La historia de la evaluación de los tratamientos es bastante compleja y puede revisarse en Marks, H.M. [1997]

La idea de que el cese natural de las funciones reproductivas es un estado anormal de la vida femenina ha hecho que los investigadores supusieran que la causa de determinadas enfermedades, como el infarto de miocardio, la osteoporosis o la hipertensión que son más frecuentes a partir de la cuarta década de la vida, estaban relacionadas causalmente con el cese de la ovulación y la disminución de determinadas hormonas ováricas, los estrógenos.

No obstante las investigaciones realizadas para probar que la menopausia es la causa de esas y otras alteraciones de la salud que también se atribuyen a la menopausia adolecen de importantes confusiones conceptuales y metodológicas. En primer lugar, el cese natural de las funciones reproductivas se entiende de tres maneras distintas, como una patología, como un estado fisiológico natural que es causa de patologías o como un síndrome patológico. En todos los casos surgen problemas. Por un lado, si se concibe como una patología, significa admitir que la mujer cuando llega aproximadamente a la quinta década de su vida, está biológicamente determinada a estar enferma. Si se considera que es la causa de patologías, no se tiene en cuenta que la falta de ovulación fisiológica existe por igual en las mujeres que poseen buena salud y en aquellas que en esa etapa biológica están enfermas. Por consiguiente resulta cuestionable, mantener que el cese de la ovulación produce determinadas enfermedades. Finalmente, cuando se la concibe como síndrome su caracterización también es confusa porque con ese término se puede aludir a:

" Un conjunto de signos o una serie de eventos que se dan juntos, que a menudo indican una sola enfermedad o condición como la causa"²¹⁵.

Un síndrome también puede entenderse de forma diferente como:

"Conjunto de signos y síntomas que caracterizan a un proceso morboso. Estrictamente recibe el nombre de la enfermedad cuando no se sabe la causa"²¹⁶.

²¹⁵ *On Line Dictionary.* www.grylab.ac.uk

²¹⁶ *Diccionari Enciclopèdic de Medicina.* [1997- 2002] Ed. Enciclopedia Catalana. S.A.

Así pues, las diferencias entre las dos formas de entender la noción de síndrome son importantes porque contienen la idea de que los síntomas pueden considerarse causados por la menopausia o ser de causa desconocida.

Otro de los problemas epistémicos que presenta la investigación de esta patología es que existe poco consenso con respecto a sus síntomas, llegándosele a atribuir hasta treinta diferentes²¹⁷. Entre ellos se encuentran algunos tan dispares como osteoporosis, insomnio, depresión, nerviosismo, disminución de la libido, aumento de la libido, hipertensión, enfermedad coronaria, etc. Todos estos y muchos más se atribuyen a la disminución del nivel de estrógenos que acompaña al cese de la ovulación.

Teniendo en cuenta que como estado patológico puede estar formado por signos y síntomas de naturaleza muy variada y que la causa puede ser desconocida o radicada en una condición o estado de ser, caracterizar la menopausia como síndrome no facilita que la investigación elabore hipótesis especificadas de tal forma que permitan ser verificadas o falsadas.

A todo ello hay que añadir que la metodología empleada para investigar los problemas asociados a la menopausia también contiene importantes defectos. Dado que en los estudios clínicos, la regla metodológica más elemental exige que la muestra estudiada sea heterogénea, es preciso subrayar que esta norma no se ha respetado en la mayoría de las investigaciones realizadas. En ellas los datos se han recogido incorrectamente porque la mayoría de los estudios se han realizado con mujeres que estaban recibiendo asistencia médica, sabiéndose que las muestras elegidas sobre poblaciones clínicas son atípicas con relación a la población en general. A partir de este procedimiento defectuoso, los síntomas padecidos por las mujeres que están enfermas sirven para caracterizar el modelo general de menopausia y para definirla como síndrome patológico²¹⁸.

Otro procedimiento defectuoso utilizado en la investigación ha consistido en preguntar a las mujeres sobre la experiencia compartida de la menopausia, pidiéndoles que recordaran cuáles fueron los síntomas que experimentaron

²¹⁷ Véase el capítulo siguiente. También puede consultarse Kaufert, P. y Syrotaik, J [1981]; Rosser, S. [1994]

²¹⁸ Consúltese al respecto Ballinger, C.B. [1985] y Hunt, K. [1988].

cuando llegaron a ella. Está probado que esta metodología conduce a resultados sesgados debido a que el experimentador influye en las respuestas a través de las preguntas pues en ellas se incluyen los síntomas²¹⁹.

Con todos estos problemas que cuestionan conceptos y metodología, se realizan las investigaciones que por su forma defectuosa y falta de rigor impiden probar si la hipótesis es o no correcta. A pesar de ello, los estudios suponen y concluyen que la causa de los problemas de salud que a partir de la cuarta década de la vida son mas frecuentes, tales como infartos, osteoporosis, altas tasas de colesterol, entre otros, se deben al cese de la ovulación y a la disminución de estrógenos, una de las hormonas ováricas. Sin embargo resulta problemático defender que los estrógenos son una protección frente al infarto porque estudios transculturales sugieren lo contrario. Y es que la tasa de padecimiento de la enfermedad coronaria comparada entre hombres y mujeres, antes de que éstas lleguen a la menopausia es, en EE.UU. 5/1, en Italia 2/1 y en Japón 1/1.²²⁰ Estas cifras sugieren que los factores causales podrían estar más en los hábitos de vida ya que los niveles estrogénicos de las mujeres de la misma banda de edad, en diferentes países serían similares.

A pesar de estas evidencias en contra, se sostiene que el infarto es un problema causado por la menopausia. Creencias infundadas refuerzan esa idea e impiden entender que el hecho de que sea más frecuente en varones a partir de los cuarenta años y a partir de cincuenta en mujeres puede tener relación con la mayor longevidad femenina. Y es que, haber considerado durante años la enfermedad coronaria como una enfermedad masculina y ser más frecuente en mujeres con edad en la que cesa la ovulación, conduce a suponer que el infarto se produce por la pérdida de la feminidad, es decir por el cese de las funciones reproductivas. Así pues, condicionadas las hipótesis por esa idea, mientras en los varones se intenta descubrir la relación existente entre la enfermedad coronaria y ciertos factores externos, en el caso de las mujeres se supone que la causa radica en factores hormonales internos y no se exploran otras posibilidades. Por

²¹⁹ Kaufert, P. y Syrotuik, J. [1981] p. 177.

²²⁰ Es decir, estos estudios muestran que en E.E.U.U., dentro del grupo de mujeres que no han llegado a la menopausia, por cada una que padece infarto, cinco hombres de la misma edad lo sufren, mientras que en Japón la tasa de padecimiento se iguala. Kase, N. [1973].

consiguiente, no se abren líneas de investigación diferentes y no se plantean hipótesis sobre otros factores que puedan estar implicados en la aparición de esas patologías.

Suponiendo que en la mujer a determinada edad aumenta diversas patologías debido a la disminución de estrógenos, se realizan estudios para probar la efectividad de la reposición estrogénica como tratamiento de patologías como el infarto de miocardio, la osteoporosis etc. Sin embargo, y a pesar de los enormes recursos que la industria farmacéutica ha dedicado a estas investigaciones, sus resultados están muy lejos de ser concluyentes. Solo parece probado que la reposición hormonal es eficaz para disminuir, y en algunos casos evitar, los trastornos vasculares llamados "sofocos". El resto de sus supuestos efectos beneficiosos resultan discutibles²²¹. A pesar de ello, e ignorando los datos que las mujeres aportan sobre efectos secundarios y que son responsables de que abandonen masivamente el tratamiento²²², se insiste en administrar hormonas para prevenir enfermedades de naturaleza muy diversa.

Cuando algunos trabajos han descubierto que la reposición estrogénica puede incrementar el riesgo de padecer trombosis²²³ y cáncer de endometrio²²⁴ no se ha abandonado su utilización como terapia y se han realizado nuevas investigaciones para descubrir cómo podían neutralizarse sus efectos cancerígenos. Trabajando en esa dirección han concluido que, el incremento del riesgo de padecer cáncer de endometrio asociado a la terapia estrogénica se neutralizaba si se administraba añadiendo gestágenos. Sin embargo nuevos datos han puesto de relieve otro efecto nocivo de la reposición hormonal y han indicado que los gestágenos podían estar implicados en la producción del cáncer de mama. Ni siquiera con estos inquietantes descubrimientos se ha considerado indicado dejar de administrar a las mujeres en la menopausia este tratamiento y

²²¹ Kase, N., [1978] en Diamond, M.C. y Korenbrot, C.C.

²²² En el estudio *Massachusetts Women's Health Survey* en el que participaron 2.500 mujeres se afirma que solo un 40% de las tratadas siguieron el tratamiento después de nueve meses. Estos datos podrían examinarse y sacar conclusiones. Rosser, S.V. [1994]

²²³ Stampfer, M.J. et al., [1991].

²²⁴ En Mastroianni et al., [1994].

se han llevado a cabo nuevas investigaciones con el objetivo de probar si existía o no esta relación. Los resultados, en algunos casos no han llegado a resultados concluyentes²²⁵, mientras que otras han probado que existe un incremento del riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres que han seguido tratamientos hormonales combinados²²⁶.

La insistencia de la medicina en probar que la terapia de reposición hormonal es efectiva no puede atribuirse, como a veces se ha hecho, sólo a los intereses comerciales de las empresas farmacéuticas²²⁷. En realidad es la noción de mujer reproductora la que conduce a suponer que el cese de la función reproductiva, considerada la esencia de la feminidad, tiene que producir alteraciones patológicas en cualquier parte de la biología femenina. Este supuesto condiciona de forma tan fuerte las hipótesis que impide a los investigadores examinar críticamente los resultados tan poco concluyentes que se han conseguido después de años trabajando en una determinada dirección e investigar otras posibles causas.

6. Problemas metodológicos.

Las creencias y valores que contiene el concepto de naturaleza femenina decimonónico también ha tenido consecuencias negativas en la metodología empleada en la investigación del siglo XX produciendo graves distorsiones en las observaciones y defectos en los experimentos.

Definir a la mujer por sus funciones reproductivas, ha hecho que los

²²⁵ Op. cit.

²²⁶ Veáse Diamons, M.C. y Korembrot, C.C. [1973], Bush, T. L. [1992] Mastroianni et al. [1994].

²²⁷ Grear, G. [1991]. Según esta autora serían los enormes beneficios que proporcionan la venta de estos fármacos los que impulsarían la investigación permanente para encontrar pruebas de su utilidad en la prevención de muchas enfermedades.

investigadores solo la hayan tenido en cuenta como entidad reproductora y heterosexual mientras ha sido ignorada como ser humano completo. Por tanto, en las investigaciones el varón se le ha tratado como el representante de la especie y las mujeres han sido consideradas sólo de forma complementaria. Esta forma de proceder ha dañado la objetividad de los estudios realizados sobre problemas de salud que también padece la población femenina.

6.1. Descripción de la enfermedad desde una perspectiva androcéntrica.

Dado que el concepto de mujer reproductora lleva a los investigadores a considerar enfermedades femeninas las relacionadas con el sexo y la reproducción, cuando se estudian patologías que padecen los dos sexos se estudian como si fueran exclusivamente masculinas. Por consiguiente cuando se recogen datos para establecer los síntomas que configuran el cuadro clínico de una nueva enfermedad, solo se tienen en cuenta las manifestaciones clínicas que presenta en los varones, mientras que la forma que adopta la patología en las mujeres raramente se describe. Así ha sucedido con el SIDA, enfermedad que durante toda la década de los años ochenta fue considerada como una patología padecida por varones homosexuales y drogadictos intravenosos. Sin tener en cuenta que las mujeres también la sufrían, no se recogieron los síntomas específicamente femeninos de esta patología. De hecho, el cuadro clínico tal como aparece en mujeres que incluye, entre otros, los síntomas ginecológicos, no se estableció hasta enero de 1993, 12 años después de describirse la sintomatología masculina. Por ese motivo, durante ese tiempo el diagnóstico en mujeres era más difícil²²⁸ y muchas de ellas han sido diagnosticadas demasiado tarde y no recibieron tratamiento²²⁹.

También en otros problemas graves de salud la investigación ha ignorado los síntomas referidos por mujeres como por ejemplo el dolor precordial que

²²⁸ Norwood, C. [1988]

²²⁹ Bell, N.K. [1993].

indica la existencia de isquemia cardíaca. Este erróneo procedimiento ha llevado a los investigadores a describir la enfermedad coronaria como una enfermedad masculina y hasta las últimas décadas del siglo XX las mujeres raramente eran diagnosticadas de enfermedad coronaria. Las consecuencias eran fatales pues cuando excepcionalmente se establecía el diagnóstico, era demasiado tarde para instaurar un tratamiento ya que los índices de supervivencia se correlacionan inversamente con el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la instauración de la terapia²³⁰.

6.2. Recogida incompleta de datos.

El concepto androcéntrico de naturaleza femenina como entidad reproductora hace que en la investigación se recojan los datos como si todas las mujeres fueran heterosexuales activas, ignorando a las que no tienen pareja sexual masculina.

Esta recogida de datos incompleta tiene consecuencias epistémicas negativas. En primer lugar, al limitar la investigación a las mujeres heterosexuales, y no realizarse apenas estudios sobre lesbianas,²³¹ hace que los problemas de salud específicos de las mujeres homosexuales permanezcan sin ser estudiados.

También, al ignorarse la variable de orientación sexual, se oscurece la comprensión de enfermedades que padecen, tanto mujeres homosexuales como heterosexuales. Algunos de los escasísimos estudios que se han realizado sin ignorar esta variable prueban su relevancia epistémica porque han permitido descubrir datos sobre el mecanismo de transmisión de algunas enfermedades sacando a la luz, por ejemplo, que el cáncer de cuello uterino es

²³⁰ Rosser, S.V.[1994]

²³¹ Se ha puesto de relieve la escasísima investigación que se ha realizado sobre la salud de las lesbianas. Se puede encontrar la referencia de los pocos estudios que se habían hecho a finales del siglo XX en Rosser, S.V. [1994], p. 106.

desconocido en célibes y rarísimo en lesbianas²³². Las investigaciones realizadas sobre esta patología teniendo en cuenta la tendencia sexual de las mujeres estudiadas, han puesto de relieve que a) Este carcinoma probablemente sea una de las enfermedades que, como la gonorrea, la sífilis, el herpes o la clamidia, mas se contrae por contacto sexual. b) En el contacto heterosexual se contrae con una probabilidad mayor de varones a mujeres. c) El contagio es muy inferior por contacto sexual entre lesbianas y que en ellas el índice de contagio aunque existe es mínimo si se compara con el que se da entre varones homosexuales y en las relaciones heterosexuales.²³³

Estos trabajos llaman la atención sobre las consecuencias epistémicas que tiene para la investigación ignorar la variable de orientación sexual porque, al mezclar en los estudios a mujeres de tendencia sexual diferente, puede hacer que se lleguen a establecer afirmaciones erróneas tanto sobre la tasa de ocurrencia de una enfermedad como sobre su causa.²³⁴

Una metodología defectuosa que ignora variables que pueden ser relevantes impide conseguir datos importantes y útiles para abrir nuevas líneas de investigación. Por consiguiente, considerar a todas las mujeres como heterosexuales puede dificultar la comprensión, prevención o tratamiento de determinados problemas de salud que padecen.

6.3. Diseños experimentales defectuosos.

El concepto androcéntrico de naturaleza femenina que utiliza la medicina, también ha hecho que se tuviera en cuenta a la mujer casi exclusivamente en la investigación ginecológica e ignorarla en la planificación y diseño de estudios

²³² Sobre todo en las que no fuman ni han estado expuestas al DES, tratamiento prescrito masivamente a las mujeres y que posteriormente se comprobó que era agente cancerígeno. Dutton, D.B. [1988].

²³³ Greenbaltt ,R. y Shuman , P.[1993].

²³⁴ La distorsión que produce este sesgo se trata en algunos trabajos. Greenbaltt, R.y Shuman , P. [1993].

experimentales.

Este procedimiento defectuoso ha sido habitual en las investigaciones del siglo XX y ha hecho que en el caso de enfermedades que padecen ambos sexos no se estudien los hábitos de la vida femenina que pueden estar implicados en su aparición. Por ese motivo los cuantiosos fondos que se han usado para investigar los factores que predisponen al padecimiento del infarto de miocardio, se han utilizado sobre sujetos varones.²³⁵ Por ejemplo en un experimento en el que se probaba si múltiples factores como niveles de colesterol, carencia de ejercicio, estrés, fumar y exceso de peso, estaban implicados en la mortalidad por enfermedad coronaria, se realizó sobre 12.866 hombres y ninguna mujer.²³⁶ Otro estudio realizado para establecer una relación entre el consumo de café y la enfermedad coronaria también se realizó exclusivamente sobre 45.589 varones.²³⁷

La misma metodología que ignora a las mujeres como sujetos experimentales se ha utilizado en las investigaciones realizadas para probar la efectividad y calcular la dosificación de las drogas terapéuticas, ya que en la mayoría de los casos, la fase experimental en humanos se ha realizado utilizando solo varones. Por ejemplo en un estudio longitudinal que intentaba probar la eficacia de medicamentos para bajar el colesterol, se realizó sobre 3.806 hombres y ninguna mujer. También la investigación realizada para probar si tomar dosis bajas de aspirina reducía el riesgo de infarto de miocardio, se realizó exclusivamente sobre 22.711 varones.²³⁸

Algunos trabajos han puesto de relieve que esta práctica es la norma en medicina. Por ejemplo, cuando se han revisado las publicaciones comprendidas entre 1960 y 1992 en las que se recogían los estudios experimentales realizados para probar la eficacia de la medicación en el tratamiento del infarto de miocardio, solo en el 20% de estos estudios se incluyeron mujeres.²³⁹ Estos

²³⁵ Los estudios se han hecho sobre varones blancos de clase media . Healy, [1991].

²³⁶ Roser, S.V. [1994].

²³⁷ Este trabajo se denomina "The Health Professionals Follow up Study". Grobbee et al., [1990].

²³⁸ Roser, S.V. [1993], p.6.

²³⁹ Así apareció en un estudio publicado en septiembre de 1992 en el *Journal of American Medical*

defectos metodológicos tienen consecuencias en la efectividad de los tratamientos que reciben las mujeres porque la dosificación se calcula a partir de estudios realizados para el metabolismo de un varón joven con peso y talla media.

Los científicos han intentado justificar sus defectos metodológicos con razones que aluden a la preocupación que tienen de provocar desconocidos efectos secundarios, en el caso de que las mujeres utilizadas como sujetos experimentales estuvieran embarazadas.²⁴⁰ Sin embargo esta justificación pone de relieve que la medicina supone que todas las mujeres son heterosexuales, permanentemente disponibles para la fecundación y sin capacidad de decidir si quieren o no quedarse embarazadas. Para la mente de los investigadores no existen las homosexuales, las heterosexuales sin pareja masculina, las que controlan eficazmente su fertilidad o las que han llegado a la menopausia. De esta forma los defectos metodológicos causados por el concepto androcéntrico de mujer reproductora se justifican utilizando la misma noción de feminidad que los ha producido.

Todavía resulta más difícil justificar por qué en la fase experimental básica de la investigación sobre drogas terapéuticas no suelen probarse en animales hembras. Los motivos que los científicos aducen descansan en argumentos impregnados por valores de género. Defienden su metodología defectuosa afirmando que los experimentos en machos son *más limpios* y permiten establecer mejor cuál es la eficacia terapéutica de la medicación que se está probando. Mantienen que si se probaran en animales hembras, el ciclo reproductivo femenino podría interferir y ocultar su verdadera eficacia²⁴¹. Es evidente que semejante argumentación, en lugar de justificar su práctica la convierte desde el punto de vista científico en injustificable. En primer lugar porque considera que el sistema endocrino de los varones representa el modelo general mientras que el de las hembras es visto como una desviación que

Association. Cit. en Roser, S. [1994] p. 11

²⁴⁰ Sobre esta idea se sustentaban las recomendaciones de la FDA norteamericana en 1977 con respecto a la experimentación de los medicamentos. Cit. en Mastroianni et al. (Eds.) [1994].

²⁴¹ Cit. en Rosser, S.V. [1994], p. 8.

introduce alteraciones en el experimento. En segundo lugar admite que el sistema hormonal de las hembras puede alterar la eficacia terapéutica de la droga estudiada y la deja sin investigar. Porque si el ciclo reproductivo de las hembras interfiere en los efectos terapéuticos de la droga sometida a experimentación, es preciso conocer de qué modo y en qué medida lo hace, para poder aplicar estos conocimientos a los humanos. Descubrirlo resulta imprescindible para proporcionar tratamientos eficaces a las mujeres ya que podría resultar que la dosificación calculada en machos no fuese para ellas adecuada o incluso nociva.

6.4. Tratamientos quirúrgicos inadecuados.

Las consecuencias negativas de una investigación sesgada por los valores de género que impregnan la noción de naturaleza femenina, también se han extendido a algunos tratamientos quirúrgicos. Siguiendo la línea habitual en medicina, los cirujanos sólo han tenido en cuenta a la mujer en sus aspectos reproductivos, y ha sido ignorada cuando se ha ideado y fabricado el instrumental de cirugía no ginecológica. De modo que el instrumental quirúrgico y las prótesis utilizadas para realizar intervenciones de angioplastia, en la década de 1970 fueron diseñados y fabricados con el tamaño adecuado para utilizarse en arterias coronarias de varones. Por consiguiente, cuando los médicos comenzaron a intervenir quirúrgicamente pacientes femeninos implantándoles *Bypass*²⁴² coronarios encontraron grandes dificultades para acceder a arterias más pequeñas con un material inadecuado. Este hecho podría explicar que la mortalidad en intervenciones de angioplastia en 1989 era en mujeres diez veces superior que en varones.²⁴³

Además, las técnicas quirúrgicas se idearon para ser realizadas en varones y los cirujanos adquirieron menos experiencia en operar corazones femeninos ya

²⁴² Término inglés utilizado por la medicina para designar los puentes realizados entre arterias para conseguir irrigar las zonas de isquemia provocadas por el infarto.

²⁴³ Douglas, P.S. y Breast, A.N. comprobaron que así ocurría en EE.UU. [1989].

que los primeros años esta técnica fue utilizada solo en varones y por tanto habían desarrollado en ellos su habilidad. Esto produjo efectos doblemente devastadores. En primer lugar la inexperiencia de los cirujanos en operar corazones femeninos afectaba a los resultados de la intervención por lo que la mortalidad en quirófano era muy alta. Y los cirujanos, conocedores del mayor riesgo asociado a la intervención de angioplastia en mujeres evitaban realizarlas y las retrasaban ²⁴⁴ y cuando se intervenía era demasiado tarde para conseguir efectos terapéuticos.²⁴⁵

7. Conclusión. La permanencia de supuestos impregnados de valores de género.

Las consecuencias epistémicas negativas que produce en la investigación el concepto decimonónico de naturaleza femenina, no han sido examinadas críticamente en el seno de la medicina porque las creencias y valores que contienen, al ser compartidas por los médicos, permanecen invisibles.

Desde el feminismo se ha llamado la atención sobre la insuficiente investigación que se realiza para encontrar tratamientos que alivien o resuelvan los problemas de salud que padecen las mujeres y los recursos tan escasos que a ella se dedican. Respondiendo a esas denuncias, en EE.UU., el gobierno anunció a principios de la década de los años noventa, la creación de un comité que se marcó, entre otros objetivos, conseguir que fuese asignada mayor cantidad de fondos a la investigación de patologías femeninas graves.²⁴⁶ El Senado y la Cámara de Representantes aprobaron solo una pequeña parte de sus propuestas, como por ejemplo, aumentar la financiación pública destinada al estudio del

²⁴⁴ Kelsey, S. y otros [1993]. Rosser, S.V. [1995]

²⁴⁵ Rosser, S.V. [1995]

²⁴⁶ Este organismo se llamó *Office of Research of Women's Health*(ORWH) Consultese Mastroianni, A.C. et al. p. 42- 44.

cáncer de mama. Esas medidas, a pesar de su escaso número, fueron vetadas por el presidente republicano en junio de 1992, y posteriormente aprobadas en junio de 1993 durante la presidencia demócrata.²⁴⁷

También respondiendo a la crítica feminista las autoridades sanitarias examinaron la práctica habitual de excluir a mujeres en los estudios experimentales, pero sobre todo se revisaron las directrices marcadas en 1977 por la FDA en las que se recomendaba que las embarazadas o quienes estuvieran en riesgo de estarlo, fuesen excluidas de las fases I y III de los ensayos clínicos realizados en la elaboración y evaluación de nuevos medicamentos.²⁴⁸ Tales recomendaciones se elaboraron respondiendo al tremendo impacto que produjo en la sociedad occidental los desastres provocados por la thalidomida y el dietilestilbestrol,²⁴⁹ drogas que fueron masivamente prescritas por los médicos a embarazadas y a madres en periodo de lactancia, y produjeron en los recién nacidos malformaciones congénitas y cáncer²⁵⁰. A pesar de que sus efectos teratógenos no habían sido producidos porque las mujeres hubieran sido utilizadas como sujetos experimentales en la investigación sino por las prescripciones masivas que los médicos hicieron para tratar dolencias menores, la catástrofe sirvió para que en las nuevas recomendaciones se intentara proteger a los recién nacidos, excluyendo de los ensayos clínicos a las mujeres en edad fértil. La idea de que cualquier mujer que se encuentre entre la menarquia y la menopausia estaba en situación de quedarse embarazada, era un supuesto de la investigación que utilizaba la FDA norteamericana. Este organismo estatal utilizaba el concepto androcéntrico de naturaleza femenina para definir a la mujer de una determinada franja de edad como:

²⁴⁷ Op. cit. p.p. 43-47.

²⁴⁸ La fase I tiene como objetivo determinar la seguridad y la dosificación y se realiza en un número de voluntarios sanos que oscila entre 20 y 80. La fase III verifica la efectividad y controla las reacciones adversas de su uso en tratamientos de larga duración y se realiza en pacientes voluntarios cuyo número oscila entre 1000 y 3000. Todo el proceso puede consultarse en Mastroianni, A.C. et al. [1993] p. 32-33.

²⁴⁹ Se puede revisar el problema del dietilestilbestrol en Dutton, D.B. [1992]

²⁵⁰ Levine, C [1993].

"... una hembra premenopáusica capaz de quedarse embarazada".²⁵¹

Incluía en este grupo a las mujeres que no tienen relaciones sexuales, a quienes estaban en tratamiento anticonceptivo y a lesbianas. Ninguna mujer en edad fértil debía, según la FDA, tomar parte en experimento alguno. Sólo en algún caso excepcional, como por ejemplo si una mujer estaba en peligro de muerte a causa de una enfermedad incurable podía utilizarse en ella el tratamiento experimental. También se consideraba adecuado experimentar en mujeres que habían estado hospitalizadas un periodo de tiempo suficiente que garantizase la imposibilidad de que estuviese embarazadas.²⁵² Todas estas normas con sus consideraciones adicionales ponían de relieve que para los organismo reguladores de la investigación, dirigidos mayoritariamente y controlados por varones, la mujer sólo existía como entidad reproductora y compañera heterosexual pasiva y disponible permanentemente para quedar embarazada.

En 1993, ante las críticas de sexismo, la FDA elaboró una nueva normativa²⁵³ en la que se justificaba la necesidad de incluir en la fase I y III de los ensayos clínicos destinados a probar la efectividad de las drogas terapéuticas, una muestra representativa de la población, y por tanto de mujeres, con el objetivo de descubrir en los diferentes grupos diferencias farmacodinámicas de relevancia clínica. El problema es que, aunque en el nuevo documento se aconsejaba tener en cuenta las diferencias de sexo en esas fases experimentales, las recomendaciones no tenían carácter obligatorio. Por consiguiente aunque en los últimos años del siglo XX algunos estudios tienen representación femenina, siguen siendo minoritarios sobre todo porque las recomendaciones de la FDA solo son obligatorias para las investigaciones realizadas con fondos públicos.²⁵⁴

²⁵¹ FDA 1977, cit. en Mastroianni et al. [1994] p. 138.

²⁵² Puede consultarse op. cit., p.p. 137-138.

²⁵³ Aunque la normativa se reformó en 1988, no se hicieron nuevas recomendaciones que aportaran novedades con relación a las mujeres. Op. cit.

²⁵⁴ Se ha publicado un compendio de los estudios realizados en EE.UU. en el que se puede comprobar la proporción de mujeres que se utilizan como sujetos experimentales. Algunos autores que se han dedicado a investigar el índice de representación femenina en algunos estudios, han

La resistencia a poner en práctica recomendaciones que responden a reglas metodológicas elementales, se debe a que los defectos de la investigación sesgada por valores de género resultan invisibles para los científicos, porque se sustentan en la ideología que todos comparten. En ella se concibe a la mujer como la variedad humana especializada en la reproducción y por consiguiente la investigación sólo la tiene en cuenta como sujeto experimental en los estudios de problemas relacionados con las funciones reproductivas.

En resumen, aunque la medicina en el siglo XX ha terminado de establecerse como ciencia, parece claro que la utilización del método científico no ha garantizado que las investigaciones se hayan realizado al margen de las condiciones sociales. De hecho la elección de los problemas, la elaboración de teorías, la recogida de datos y el diseño de experimentos han estado condicionados por los valores y creencias de un concepto de mujer androcéntrico.

llamado la atención sobre el hecho de que, con frecuencia, resulta muy difícil conseguir la información en instituciones privadas. Existe una información abundante en Mastroianni, A.C. [1994] p.p.49-64.

Capítulo 4.

Problemas conceptuales generados por el modelo médico de salud femenina.

1. Introducción.

Hasta finales del siglo XVIII los médicos no disponían de un modelo de salud descrito de forma objetiva. Cada persona sabía cuando se sentía enferma y era ella misma quien se calificaba como tal comparando su estado de sufrimiento con un modelo subjetivo de bienestar físico que había perdido. De modo que el paciente comunicaba al médico su dolencia y éste intentaba buscar un tratamiento para aliviarle o curarle, a partir de la información recibida.

En el siglo XIX la enfermedad fue perdiendo su naturaleza subjetiva y comenzó a desarrollarse el concepto *modelo de salud* que iba a servir para que los médicos establecieran la desviación que, con respecto a él, presentaba el estado de un enfermo. Los signos patológicos se fueron objetivando y pasaron a representarse como anomalías o desviaciones. El establecimiento de consultas y hospitales permitió registrar los signos objetivos que indicaban la existencia de patologías, seguir su evolución aunque los pacientes fueran atendidos por diferentes médicos y mantener registros en los que se archivaban.²⁵⁵ Los síntomas objetivados y clasificados pasaron a convertirse en categorías médicas con las que, en forma de predicciones imparciales, se hacían los diagnósticos. Quienes presentaban los síntomas que se adecuaban a las categorías establecidas eran calificados de enfermos.

En la medicina del siglo XX terminó de establecerse el modelo objetivo de

²⁵⁵ Foucault, M. [1975].

enfermedad. El punto de vista de la persona que se sentía enferma perdió relevancia y poder. Poco a poco el paciente dejó de proporcionar al médico la información necesaria para caracterizar la enfermedad²⁵⁶. La responsabilidad de descubrir si alguien estaba enfermo y caracterizar la clase de enfermedad que padecía pasó a pertenecer a los médicos. La enfermedad se convirtió en una entidad despersonalizada, un objeto de estudio²⁵⁷ que tenía que ser descubierta sin la intervención del enfermo. A través de las tecnologías diagnósticas los médicos tenían que encontrar las huellas que indicaban su existencia como por ejemplo, anticuerpos, altos niveles de colesterol o imperceptibles nódulos mamarios etc.

A partir de la segunda mitad del siglo la medicina comenzó a concebir las enfermedades como entidades ocultas que existían aunque el paciente no las hubiera detectado y no le hubieran producido malestar. El uso de la tecnología exploradora fue intensificándose y comenzó a usarse, no solo para identificar la enfermedad, sino para descubrirla cuando todavía no había aparecido. Desde entonces prevenir la enfermedad se convirtió en anticipar su diagnóstico detectando enfermedades escondidas.²⁵⁸ De esta forma para la medicina la salud deja de ser, casi por completo, un estado subjetivo de bienestar y se convierte en el resultado de un examen externo que se puede pasar con éxito o fallar.²⁵⁹ Cuando las personas se someten a una revisión médica la integridad de su cuerpo se cuestiona y queda en suspenso mientras espera el resultado de las pruebas que indicarán si existe o no la enfermedad temida. La ansiedad se instala hasta que un resultado negativo libera del temor o uno positivo confirma el miedo. Si la búsqueda concluye con hallazgos, la persona sabe que la enfermedad está o estará allí y aunque en el siglo XX ya no se teme, como en épocas anteriores, el estigma que dejaba la marca corpórea de la enfermedad, el pánico de quien se ha sometido a un examen diagnóstico y se le ha detectado

²⁵⁶ Desde luego que existen excepciones porque algunas enfermedades de la piel o lesiones patognomónicas como las del sarcoma de Kaposi muestran al médico la enfermedad.

²⁵⁷ Doyal, L. [1983] p. 31.

²⁵⁸ Daly, J. [1989].

una patología oculta no es menor porque se sustenta en el conocimiento de que se está desarrollándose en su cuerpo de forma silenciosa. De este modo la tecnología médica, con el poder de la objetividad, anticipa el padecimiento de quien ha sido diagnosticado prediciendo la aparición de la enfermedad y dando a conocer que sus síntomas aparecerán. Y aunque esta anticipación permitirá que la medicina luche contra ella también podrá admitir que por haber sido descubierta demasiado tarde, tratarla resulta imposible.

2. El concepto médico de salud femenina.

La medicina del siglo XX utiliza para todos los seres humanos el modelo objetivo de salud definido de forma negativa en términos de ausencia de enfermedad. Sin embargo también establece para la mujer un modelo adicional que está representado por la fertilidad.

Las consecuencias epistémicas que produce utilizar un modelo doble de salud femenina se ponen de manifiesto en los manuales usados habitualmente por los profesionales de la salud en la segunda mitad del siglo XX que hemos examinado.²⁶⁰ Como ya hemos apuntado en la introducción su elección se ha debido a que sus sucesivas ediciones y reimpressiones ponen de manifiesto que son representativos de la medicina que se realiza en periodo de *ciencia normal* en el sentido kuhnniano del término.

²⁶⁰ Se han examinado los textos siguientes:

Berkow, R. M.D. (Ed.) [1989] *El Manual Merck*. Octava edición correspondiente a decimoquinta del original [1987]

Farreras Valentí, P. y Rozman, C. [1982] Décima edición dirigida por Rozman, C. *Medicina Interna*. Ed. Marín. Barcelona.

Novak, R., Jones, G.S. y Jones, W.H.Jr.. *Tratado de Ginecología*. Octava edición española [1971] México. Ed. Interamericana.

Pschyrembel, W. *Ginecología Práctica*. Primera edición española [1969]. Primera reimpression [1971]. Segunda reimpression [1973] Tercera reimpression [1977] Ed. Alhambra. Madrid.

En estos manuales se considera enfermas a las mujeres que no pueden tener hijos. En uno de ellos se inicia la sección dedicada a los problemas de infertilidad afirmándose de manera explícita:

"En la primera visita habrá que exponer a la enferma y su marido si es posible la necesidad de una exploración completa..."²⁶¹

La ginecología considera que la infertilidad es un estado patológico a pesar de que ni sus características ni su diagnóstico se adaptan al modelo objetivo de enfermedad. En primer lugar no tiene síntomas y el único signo que indica su existencia es la ausencia de ciertos acontecimientos deseados, la concepción y el nacimiento de un hijo. Además, a diferencia de otras enfermedades no es diagnosticada por medio de la tecnología médica sino que es la propia paciente la que descubre que es infértil cuando ha comenzado a intentar tener hijos sin conseguirlo.

Sin embargo, a pesar de que la medicina caracteriza la infertilidad como una patología no considera necesario ni conveniente eliminarla cuando la mujer que la padece no tiene pareja estable masculina. Y cuando la tiene, los ginecólogos exigen que el varón conozca y apruebe el tratamiento:

"... no procede iniciar la investigación de la infertilidad sin la colaboración del marido"²⁶²

Esta exigencia se sustenta en la idea de que la esencia de la feminidad es la procreación que hace suponer a los médicos que la mujer que acude a consulta por un problema de infertilidad puede estar dominada por un deseo irrefrenable de tener hijos:

" ... la mujer es la mas interesada y agresiva en su deseo de buscar

²⁶¹ Novak, R. et al. [1970] p. 630.

²⁶² Op. cit. p. 629 en el apartado titulado *esterilidad y aborto*.

ayuda médica..." ²⁶³

Y partiendo de esa creencia los ginecólogos sospechan que su deseo de someterse a tratamiento de infertilidad puede no ser resultado de una reflexión serena por lo que subrayan la necesidad de que antes de comenzarse a aplicar la terapia:

"... el médico tiene que estar convencido de que el marido toma la iniciativa y no es impulsado por una mujer agresiva y ansiosa". ²⁶⁴

En resumen, la fertilidad es abordada médicamente como una enfermedad que la propia paciente descubre y que no debe ser tratada sin el consentimiento de la pareja masculina de la enferma.

3. La infertilidad como anomalía.

El hecho de que la medicina considere la salud femenina en términos de fertilidad tiene como consecuencia que considere la menstruación y la menopausia como anomalías por ser etapas de la fisiología femenina en las que la concepción no se puede producir aunque se realice la actividad heterosexual. No obstante esas etapas son experiencias normales que tienen todas las mujeres sanas.

La menstruación, a pesar de que pertenece a la intimidad personal de las mujeres, debido a su vinculación con el proceso de la reproducción en el que tienen intereses también los varones está revestida de significado cultural. Según las sociedades puede presentar algunas variaciones. Mientras en algunas se considera como un acontecimiento con repercusiones sociales,²⁶⁵ en otras las

²⁶³ Op, cit. p. 630.

²⁶⁴ Ibidem. p.639.

²⁶⁵ Por ejemplo en Arabia Saudita la mujer que comienza a menstruar debe cubrirse total o

mujeres lo experimentan como un suceso personal que debe ocultarse.²⁶⁶

En la sociedad occidental las mujeres experimentan la llegada de la hemorragia menstrual como una condición física que pertenece a su intimidad, pero también la viven mediada por significados sociales que les son impuestos como modelos. Estudios realizados muestran que en el siglo XX la menstruación se entiende de forma ambivalente. Se considera que es algo normal y natural en la vida femenina, pero al mismo tiempo se rechaza. Se la percibe en el mejor de los casos como un inconveniente, en el peor como un castigo y siempre como algo que debe mantenerse oculto.²⁶⁷

Los varones valoran la menstruación desde una perspectiva androcéntrica y uno de los factores que contribuyen a verla como un suceso negativo es que perciben a la mujer menstruante como no disponible para la actividad sexual.²⁶⁸ En general, la menstruación es relacionada socialmente con la ausencia de embarazo y sin embargo esta asociación no siempre coincide con la experiencia que de ella tienen las mujeres. Los estudios sociológicos existentes muestran que las mujeres no experimentan la menstruación de forma uniforme sino que su forma de vivirla puede ser muy diferente y no tiene un significado relacionado con los hombres para todas ellas. Si son heterosexuales activas, viven la experiencia sabiendo la relación que existe entre menstruación y funciones reproductivas porque cualquier mujer conoce que si mantiene relaciones heterosexuales, un mes sin menstruación puede ser una señal de embarazo. Este conocimiento influye en el modo de experimentar la llegada del flujo menstrual que puede también ser diferente porque dependerá de que esté temiendo o

parcialmente como signo de que ya ha comenzado a ser fértil.

²⁶⁶ Los tabúes que la rodean parecen darse en numerosas sociedades, y aunque la llegada de la menarquía se celebre en algunas, en realidad lo que se festeja es la fertilidad. Entre los estudios sobre la menstruación puede consultarse Hays, H.R. [1990] en Ruth, S. (comp). También se examina este tema de una forma más exhaustiva y general en Laws [1990].

²⁶⁷ En una investigación realizada en Gran Bretaña se han puesto al descubierto las actitudes sociales negativas hacia la menstruación y que las aprenden tanto los chicos como las chicas a edades muy tempranas Véase Laws, S. [1990].

²⁶⁸ Ibidem.

esperando tener un hijo.²⁶⁹ Sin embargo, no todas las mujeres se encuentran en situación de temer o esperar un embarazo ya que muchas no tienen pareja masculina o pueden estar usando anticonceptivos, otras saben que no son fértiles o que han sido esterilizadas.²⁷⁰ Así pues, la mayoría de las mujeres, ya sea porque no tienen relaciones heterosexuales o porque controlan sus funciones reproductivas, el conocimiento de la relación entre menstruación y embarazo queda en segundo plano y experimentan este suceso biológico como cualquier otro de su vida normal, a no ser que asociada a ella aparezcan patologías.

Sin embargo, el concepto médico de menstruación adopta una perspectiva androcéntrica. Históricamente se ha adecuado a los valores y creencias del sistema de género y como en él las mujeres han sido valoradas por sus funciones reproductivas, la aparición de la hemorragia menstrual se valoraba negativamente porque era la señal que indicaba fracaso reproductivo. La medicina del siglo XIX consideraba a la mujer como la variante humana especializada en la reproducción y la menstruación como un estado contrario a su naturaleza reproductora. Por consiguiente los médicos veían a la mujer menstruante debilitada y enferma y mantenían que en ese estado debía limitar su actividad física.²⁷¹

Cuando la medicina de la segunda mitad del siglo XX se ocupa de la menstruación alude a su valoración social afirmando que su caracterización negativa pertenece al pasado:

" Los tabúes y actitudes acerca de la menstruación varían mucho, por ejemplo la menstruación fue asociada tradicionalmente a la suciedad vergüenza y enfermedad..."²⁷²

²⁶⁹ Existe un estudio americano de Merves, E. [1983] en el que se pone de manifiesto que la experiencia que las mujeres tienen de la menstruación es muy variada y compleja.

²⁷⁰ Tengamos en cuenta que la esterilización mediante ligadura de las Trompas de Falopio mantiene el ciclo menstrual sin modificar.

²⁷¹ Werstinsky [1994] examina la forma en que durante el siglo XIX las mujeres han sido animadas por los médicos a sentirse inválidas cuando estaban en ese estado del ciclo.

²⁷² Berkow, R. et al.(eds.) [1989] p. 1850.

Insistiendo en esa idea en los manuales médicos se citan algunas creencias culturales:

*"... mientras que el flujo menstrual se consideraba una "limpieza" de manera que un flujo abundante podía apreciarse como algo femenino y uno escaso o con intervalos largos podía interpretarse como no saludable"*²⁷³

En los textos de ginecología la menstruación no es descrita como estado fisiológico de las mujeres sino como señal que indica la ausencia de embarazo:

*"Nos hemos acostumbrado a ver el ciclo menstrual como la norma y el embarazo como un suceso antinatural. La medicación contraceptiva (sic) se ha diseñado para imitar este ciclo "normal" y con ella se empuja a que la menstruación ocurra una vez al mes."*²⁷⁴

La medicina no concibe la menstruación como un estado fisiológico normal y hace de ese suceso biológico una valoración negativa criticando que la medicación anticonceptiva haya sido diseñada para permitir que se produzca en la biología de la usuaria esta anomalía. Se argumenta que, como estado anormal que es, no debería provocarse en el tratamiento anticonceptivo:

*"Sufrir una serie de ciclos estériles es anormal y puede provocar en la mujer cambios patológicos. ¿ No es ya el momento en que reexaminemos nuestro enfoque sobre la anticoncepción para ver si podemos eliminar en lugar de apoyar esta alteración del orden natural?"*²⁷⁵

²⁷³ Ibidem.

²⁷⁴ En él el autor se ocupa sobre el control de la reproducción. Short [1977]. Cit. en Law, S. [1990].

²⁷⁵ Ibidem.

Para defender la idea de que el estado natural de la mujer es el embarazo se utiliza un recurso frecuentemente usado en ginecología cuando se describe algún aspecto de la fisiología de las mujeres, que consiste en compararlas con los animales

"Pero tendemos a olvidar que en la vida libre de las comunidades de primates salvajes, la menstruación es la excepción en lugar de la regla."²⁷⁶

Tal comparación pretende mostrar que, así como las primates hembras están permanentemente embarazadas, las mujeres también tendrían que estarlo. La idea que se plantea es que la menstruación, por ser una anomalía en el reino animal, también es un suceso biológico anormal en las mujeres.

Considerar la menstruación un estado anormal dificulta establecer con claridad cuáles son sus características fisiológicas. En los textos médicos se describe "ciclo menstrual" como el intervalo de tiempo que transcurre entre el comienzo de dos hemorragias menstruales sucesivas:

"Que comienza el primer día de sangrado genital (día 1) y finaliza justo antes del siguiente periodo menstrual"²⁷⁷

Se establece el ciclo modelo por su duración haciendo una media aritmética. Sin embargo esta media no es significativa en términos de normalidad fisiológica porque solo representa a una minoría:

"Aunque la duración media del ciclo menstrual es de 28 d. solo del 10 al 15% de los periodos normales tiene exactamente 28 días de duración; ésta varía entre 18 y 40"²⁷⁸

²⁷⁶ Op. cit.

²⁷⁷ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 1857.

²⁷⁸ Ibidem.

Así pues, entre el 75 y 80 por ciento de las mujeres se alejan de él, y solo una minoría tiene un ciclo de 28 días. El motivo para elegir un modelo de duración que no coincide con la realidad de la fisiología femenina, no se justifica en los textos de ginecología. Es probable que la cifra de 28 días proceda de una tradición en la que se ha asociado el ciclo reproductivo femenino con los ciclos lunares. De todos modos cualquiera que sea la causa que haya llevado a mantener este número de días, su elección impide disponer de un modelo que permita descubrir la existencia de anomalías y establecer relaciones entre la duración del ciclo y las patologías.

Con respecto a la duración de la menstruación no se establecen las características del modelo normal porque las que se describen se han conseguido entre las grandes variaciones encontradas por los ginecólogos:

“ De nuevo encontramos grandes variaciones, aunque por lo regular el periodo dura de tres a cinco días pudiendo oscilar, dentro de límites completamente normales, entre uno o dos días y siete u ocho”²⁷⁹

Tampoco se menciona la cantidad de hemorragia menstrual que se considera normal y sólo se establece la media aritmética de la sangre que pierde un grupo de 474 mujeres estudiadas.²⁸⁰ En resumen, los textos de ginecología examinados no describen las características de la menstruación fisiológica.

También el cese natural de las funciones reproductivas de la mujer que ocurre aproximadamente entre los 45 y los 55 años, es considerado una anomalía.

En la menopausia, término que significa *cese de la menstruación*, la ovulación cesa de forma natural por lo que el embarazo no se puede producir aunque se realice la actividad heterosexual. Sin embargo ello no significa que exista una alteración de la normalidad sino a los cambios naturales que se producen en la biología de la mujer cuando llega a una determinada edad.

²⁷⁹Novak, R. et al. [1971] p.85.

²⁸⁰ Ibidem.

Desde el punto de vista médico se entiende por menopausia:

*"...el tiempo de transición entre la función completa de los ovarios y su estado de reposo"*²⁸¹

Aunque los manuales de ginecología subrayan de forma explícita que es una etapa normal resultado de un proceso fisiológico general en el que cesan las funciones reproductivas, al mismo tiempo la consideran una anomalía que causa la mayoría de los problemas de salud que las mujeres puedan padecer.

Así pues, se utiliza el término *menopausia* para nombrar un estado normal y al mismo tiempo patológico ya que el núcleo central de su significado se identifica con enfermedad:

*"...Algunos autores considerarán la menopausia como un posible estado patológico en lugar de fisiológico..."*²⁸²

La valoración negativa de esta etapa de la fisiología femenina se pone de relieve porque no se describen sus características fisiológicas normales.

4. Insuficiente delimitación entre fisiología y patología.

Considerar anormales las fases de la fisiología de la mujer en las que no es posible que se produzca la fecundación y se instaure un embarazo tiene como consecuencia que la menstruación y la menopausia sean concebidas por la medicina de forma confusa mezclando en su descripción las características fisiológicas y sus posibles patologías.

Esa insuficiente delimitación se pone de relieve en la dismenorrea,

²⁸¹ Pschyrembel, W. [1977] p. 615.

²⁸² Novak, R. et al. [1971] p. 713.

alteración patológica de la menstruación cuyo síntoma más característico, es el dolor. En los textos médicos se subraya que puede ser de tal intensidad que en algunos casos llega a ser incapacitante.²⁸³ Sin embargo, la confusión entre fisiología y patología comienza a aparecer cuando se reconoce la dificultad que existe para distinguir si el dolor menstrual es normal o patológico:

*"En realidad, la línea de demarcación entre esta molestia normal y la verdadera dismenorrea es muy imprecisa. En la mayoría de los casos es la propia enferma quien establece subjetivamente la diferenciación, basándose en la incapacidad que trae aparejada"*²⁸⁴

De esta forma el dolor se considera normal y se afirma que cuando una paciente se queja de dismenorrea, no es posible saber si ese trastorno existe verdaderamente pues es posible que la mujer desconozca que es normal que la hemorragia sea dolorosa. Así que de manera explícita se sostiene que la mujer que acude al médico aquejada de dismenorrea lo hace porque no entiende que es normal padecerla. Por tanto, su visita se atribuye a:

*"... la falta de conocimientos acerca de la significación y normalidad de la función menstrual."*²⁸⁵

Se supone que ese dolor es normal en la mujer que ovula y la paciente es acusada de no entender o no aceptar que es propio de un estado anormal de su biología:

"Solo se necesita conocer someramente la naturaleza humana para sumarse a la afirmación de que el mismo estímulo periférico que en las mujeres tranquilas se expresa por una molestia moderada, se manifiesta en la muchacha hipersensitiva e impresionable a manera de

²⁸³ Novak, R. et al., [1971] p. 726; Pschyrembel, W. [1977] p.610.

²⁸⁴ Novak, R. et al. p.726.

²⁸⁵ Op. cit.

*un dolor intensísimo, incluso incapacitante.*²⁸⁶

Los ginecólogos exponen sus dudas sobre el hecho de que la dismenorrea sea realmente una patología y acusan a las madres de quienes la padecen de ser responsables de la dolencia por no haber enseñado a sus hijas que el dolor es algo normal:

*"Hay madres ansiosas que miman a sus hijas al comienzo de la vida menstrual en la creencia de que la muchacha debe sentirse realmente "indispuesta" en esa época.*²⁸⁷

Los manuales de ginecología caracterizan la dismenorrea como un síntoma normal que acompaña a un estado antinatural de la mujer como naturaleza reproductora. Esa caracterización se pone de relieve cuando la causa se atribuye a la ovulación:

*"Los datos actualmente existentes indican lo que hace tiempo se sospechaba o sea que la dismenorrea primaria es trastorno de las mujeres que ovulan.*²⁸⁸

Sin embargo, dado que la ovulación también se produce en los ciclos menstruales de las mujeres que no padecen dismenorrea, solo sería posible establecer esa relación causal si se especificara el trastorno de la ovulación responsable de la dolencia. Pero en los textos de ginecología examinados no se plantea ninguna hipótesis en ese sentido. No obstante en ellos se indica que el tratamiento adecuado consiste en impedir la ovulación y se deja sin abordar la cuestión de por qué no padecen dismenorrea todas las mujeres que ovulan. Sólo se afirma que:

²⁸⁶ Ibidem.

²⁸⁷ Op. cit. p.p. 726-727.

²⁸⁸ Op. cit. [1971] 730.

*"... probablemente se aliviarán evitando la ovulación."*²⁸⁹

Y se citan los trabajos de dos autores que trataron la dismenorrea con anovulatorios:

*" Este punto de vista fundado en datos circunstanciales, ha recibido confirmación en los estudios de Sturgis y Albright quienes pudieron evitar la dismenorrea inhibiendo la ovulación."*²⁹⁰

También se propone otra explicación. En ella se reconoce la posibilidad de que exista una causa que produzca una alteración de la menstruación normal y genere la patología:

*"Una posible explicación la proporcionan los trabajos de Clitheroe y Pickles sobre la producción de prostaglandinas por el endometrio. Por influencia de la progesterona el endometrio secretor sintetiza prostaglandinas neurohormona que provoca contracción en los músculos lisos. Esta se libera cuando el endometrio se desintegra al menstruar y la acción sobre el músculo y los vasos uterinos origina la contracción acompañada de dolor".*²⁹¹

Y se admite que la dismenorrea puede ser la desviación patológica del modelo fisiológico:

*"Si se libera hacia la circulación una cantidad excesiva, aparecen los efectos generales asociados característicamente con la dismenorrea, o sea, diarrea, náuseas, bochorno y síncope."*²⁹²

²⁸⁹ Ibidem.

²⁹⁰ Op. cit. p. 729.

²⁹¹ Ibidem. p. 728.

²⁹² Ibidem.

No obstante también se considera la posibilidad de que la etiología sea de naturaleza hormonal y el dolor esté producido por un desequilibrio entre estrógenos y gestágenos:

*" Estas observaciones indicarían que la dismenorrea no parece depender de simple predominancia de hormona estrógena sino más bien de algún tipo de desequilibrio entre estrógeno y progesterona. "*²⁹³

Sin embargo, no se aportan datos cuantitativos y los textos médicos no mencionan ningún tipo de medición comparativa que pruebe tal desequilibrio en mujeres que sufran la patología.

Como tratamiento se propone educar a la mujer para que comprenda que el dolor es normal y que debe aceptarse como propio de un estado en el que la gestación no se ha instaurado:

*"Se debe tranquilizar a la paciente acerca de que sus órganos de la reproducción son normales..."*²⁹⁴

A pesar de reconocerse que este tratamiento no tiene mucho éxito, se recomienda utilizarlo:

*"Creemos que por lo menos en un pequeño número de casos es posible librar literalmente a la muchacha de su dismenorrea mediante una actitud de comprensión simpática, de confianza y una labor educativa."*²⁹⁵

Así pues, el enfoque médico de la dismenorrea es cuando menos confuso. Por un lado los ginecólogos dudan con respecto a que realmente exista como

²⁹³ Op. cit. p. 729.

²⁹⁴ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 1890.

²⁹⁵ Novak, R. et al. [1971] p. 727.

problema de salud caracterizándolo como la expresión de la ignorancia de las mujeres que lo padecen a las que se supone incapaces de comprender y aceptar que el dolor menstrual es propio de un estado anormal de su biología reproductora. De modo que aunque no se niegue que el dolor exista, se considera causado por la desinformación de quien lo sufre. Cuando se mencionan otras posibles causas como el desequilibrio hormonal, se exponen de manera confusa sin relacionar la patología con mediciones de niveles alterados. Todo ello indica que el conocimiento en este sentido es muy limitado, casi inexistente y no va más allá de conjeturas poco o nada argumentadas.

En definitiva, la consideración de la menstruación como anomalía tiene como consecuencia que en los manuales médicos se realice una delimitación confusa entre el hecho fisiológico y su alteración patológica. Ello dificulta la comprensión médica de la dismenorrea y por consiguiente, un problema de salud que produce sufrimiento a un número importante de mujeres no se aborda como tal, sino como un estado propio de la naturaleza femenina. Si la ginecología entendiese la menstruación, no como un estado anormal, sino como un proceso biológico que como cualquier otro puede en ocasiones sufrir alteraciones patológicas, estas podrían quedar médicamente descritas y ello facilitaría la investigación de sus causas y la búsqueda de tratamiento.

Con respecto a la menopausia, la ginecología tampoco realiza una delimitación adecuada entre fisiología y patología. Por un lado en los manuales se afirma que es un proceso normal:

"El climaterio es un proceso normal de una transformación que experimenta toda mujer. El climaterio como es fácil de suponer no tiene ninguna relación con un proceso patológico."²⁹⁶

Los autores subrayan que ha cambiado el enfoque adoptado por la medicina en el estudio y tratamiento de la menopausia pero en su exposición ponen de relieve que no delimitan adecuadamente entre fisiología y patología:

"Hasta hace poco, una exposición de la menopausia incluía solo una

²⁹⁶ Ibidem.

breve revisión de las alteraciones fisiológicas que ocurren en esa época, una valoración de la sintomatología y una lista de los diversos tipos de terapéutica hormonal que debían usarse en caso necesario..."

297

En otro manual, cuando se sostiene que en esta etapa la mayoría de las mujeres están enfermas, se pone de relieve la falta de delimitación que establece la medicina entre la menopausia como experiencia biológica normal y sus patologías:

"De un 60 al 70 por ciento de las mujeres en el climaterio pasan esta frontera fisiológica y sus procesos de transformación se deslizan con más o menos fuerza hacia lo patológico"²⁹⁸

En cuanto al porcentaje de mujeres en las que la menopausia se hace patológica, en los textos médicos examinados aparecen notables discrepancias. Algunos autores la elevan hasta el 80% ²⁹⁹ mientras que otros la bajan ligeramente hasta el 75% afirmando que el resto de las mujeres simplemente dejan de menstruar y su vida continúan como antes, sin alterarse su bienestar.³⁰⁰ Sin embargo en otros textos se mantiene que el 40% tienen síntomas que necesitan atención médica.³⁰¹ Por el contrario otros autores sólo consideran que las únicas alteraciones son los vasomotores que padecen el 75 por ciento de mujeres.³⁰²

Dado que la menopausia, a pesar de ser una etapa normal de la fisiología femenina, es concebida por la medicina como enfermedad, los

²⁹⁷Novak, R. et al. [1971].

²⁹⁸ Op. cit. p. 616.

²⁹⁹Farreras Valentí, P. y Rozman, C. [1982] II, p.697.

³⁰⁰Novak, R. et al.[1971] p.713.

³⁰¹Fauci et al (eds.) [1998] p. 2102.

³⁰² Berkow et al. (eds.) [1989] p.1891.

médicos suponen que todas las mujeres estarán enfermas cuando lleguen a esa etapa de la vida. De modo que se aconseja prevenir la menopausia acudiendo al médico antes de que aparezca:

"...comenzarán su prevención terapéutica mas que el alivio de los síntomas". ³⁰³

Sin establecer el modelo normal de menopausia se describen sus síntomas patológicos que pueden ser de naturaleza muy variada. Algunos autores consideran que los síntomas más frecuentes son los provocados por la inestabilidad vasomotora como por ejemplo sofocos, atrofia del epitelio urogenital y de la piel, disminución del tamaño de las mamas y osteoporosis.³⁰⁴ En otros textos se citan crisis vasomotoras, insomnio, parestesias, palpitaciones, manos y pies fríos, cefalea, vértigo³⁰⁵ Otros autores afirman que se registran alteraciones neurovegetativas, como son las típicas llamaradas u oleadas de calor seguidas de diaforesis profusas sobre todo por la noche, cefalalgia, inestabilidad subjetiva, poliuria espástica, micciones imperiosas y a veces aumento de la tensión arterial.³⁰⁶ Atrofia del epitelio vaginal, atrofia de la piel, osteoporosis y disminución de las mamas.³⁰⁷

Los síntomas que otros autores añaden son interminables. Entre ellos:

"...la discartosis cervical o periartritis escapulo humeral, que hasta el momento de la menopausia estaba latente y al cesar la menstruación se descompensa, motivando frecuentes parestesias braquiales dolorosas nocturnas. Las rodillas crujen, el peso aumenta, la silueta se deforma, espesándose el panículo adiposo de las caderas a la vez que las mamas se descuelgan y pierden altura. Junto con ello aumenta la

³⁰³ Ibidem.

³⁰⁴ Fauci et al.(eds.) [1998] p. 2102.

³⁰⁵ Berkow et al. (eds.) [1989] p. 1863.

³⁰⁶ Farreras Valentí, P. y Rozman, C. [1982] vol.II, p. 697.

³⁰⁷ Fauci et al. (eds.) [1998] p. 2102.

*pilosidad, disminuye el volumen útero- ovárico, la vagina se cornifica y puede conducir a la kraurosis vulvar. La libido y el orgasmo pueden aún conservarse durante años.*³⁰⁸

Estas descripciones ponen de relieve que en los manuales médicos se mezclan cambios normales como aumento de peso o de pilosidad con síntomas patológicos. Esta confusión de fisiología y patología está producida por el modelo de salud que la medicina establece en términos de fertilidad y que conduce a considerar enferma a la mujer que ya no es fértil.

5. La normalidad biológica, causa de patologías.

La valoración negativa que la medicina hace de los estados no fértiles de la fisiología femenina ha conducido a la elaboración de síndromes compuestos por una heterogeneidad enorme de síntomas que se agrupan porque todos ellos se atribuyen causalmente a alguna de las etapas de infertilidad normal de la biología femenina.

El *síndrome premenstrual* es el nombre que recibe un estado mórbido que padecen algunas mujeres en los días previos a la menstruación. Su caracterización es la siguiente:

*" ... determinadas molestias características generales y locales durante la segunda mitad del ciclo, generalmente en los últimos 10 días antes de presentarse la hemorragia menstrual, esto es desde el decimoctavo hasta el vigésimo octavo día del ciclo. Estas molestias desaparecen de pronto al iniciarse la hemorragia menstrual."*³⁰⁹

³⁰⁸Farreras Valentí, P. y Rozman, C. [1982] vol.II,p.697.

³⁰⁹ Pschyrembel,W. [1977] p. 608. Las cursivas son mías.

Como se puede apreciar dicha caracterización es sumamente imprecisa y su identidad muy problemática. Se le define simplemente como un *desorden menstrual*. Su cuadro clínico es muy confuso porque se considera formado por un conjunto muy heterogéneo de síntomas llegando a citar hasta 150 diferentes, algunos de naturaleza tan diversa como dolores de cabeza, timpanismo, compulsión a comer dulces o comida salada, alteraciones de la piel, depresión, irritabilidad.³¹⁰ Pero cada mujer que padezca el síndrome premenstrual puede padecer problemas de salud muy diferentes.

Los manuales de medicina coinciden en muy pocos síntomas. Por ejemplo, algunos autores afirman que:

*"... puede haber una cefalea invalidante en ocasiones asociada incluso con síntomas motores y sensitivos de espasmo vascular cerebral..."*³¹¹

Otros mantienen que esta patología consiste en un:

*"Trastorno caracterizado por nerviosismo irritabilidad, inestabilidad emocional, depresión, posibles cefaleas y también mastalgia"*³¹²

Un solo manual de medicina llega a mencionar hasta 35 síntomas de naturaleza muy diferente. Se comienza citando los que afectan a la psicología de la paciente:

*"Las molestias más comunes son alteraciones del humor y efectos psicológicos: irritabilidad nerviosismo, falta de control. Agitación ira insomnio, dificultad de concentración, letargo, depresión y fatiga intensa."*³¹³

³¹⁰ Golub, S. [1992].

³¹¹ Novak, R. et al. [1871], p.730.

³¹² Berkow , R. et al. [1989] p.1888.

³¹³ Op. cit. p. [1889].

Algunos son de tipo vascular y neurológico como:

*"...cefalea vértigo síncope, parestesias en las extremidades y facilidad de aparición de hematomas y palpitaciones cardiacas. La epilepsia también puede agravarse."*³¹⁴

También el mismo texto atribuye a este síndrome síntomas gastrointestinales:

*"Distensión abdominal, estreñimiento, nauseas vómitos y cambios del apetito."*³¹⁵

La larga lista se termina con una mezcla de síntomas de naturaleza muy heterogénea:

*"Puede haber pesadez o presión pélvica y dolor de espaldas. Los problemas en la piel consisten en acné, neurodermatitis y, en ocasiones agravamiento de otros trastornos cutáneos. Los problemas respiratorios (alergia e infección) y oculares (alteraciones visuales y conjuntivitis) pueden empeorar en el periodo premenstrual."*³¹⁶

El número de síntomas atribuidos al síndrome premenstrual es interminable y se describen algunos tan diferentes como:

"...dolores y nudosidades de celulitis grasa en el cuadrante superoexterno de ambas mamas (mastodinia premenstrual, favorecedora del desarrollo de la mastopatía endocrina quística); hinchazón general, sensación real de intumescencia con abultamiento

³¹⁴ Ibidem.

³¹⁵ Op. cit.

³¹⁶ Ibidem.

*abdominal paralelo al mamario, con variaciones del timbre de voz que se vuelve opaca fácilmente(...) torpor, variaciones del carácter, (irritabilidad, nerviosismo, fatigabilidad) dispepsias nerviosas y hasta síndrome de Raynaud o acrocianosis (...) propensión a la urticaria, edema de Quincke, coledisquinesias y asma bronquial.*³¹⁷

Incluso se señala que las pacientes con síndrome premenstrual tienen:

"...tendencia a torcerse los tobillos debido a la relajación hiperestrogénica de los ligamentos que hace a las mujeres sentirse menos seguras."³¹⁸

Algunos están relacionados entre sí ya que se atribuyen a la retención de líquidos. Por ejemplo:

"...edema, aumento transitorio de peso, oliguria y tensión y dolor mamario."³¹⁹

Con respecto a la etiología, los autores son confusos porque en primer lugar se dice:

"El síndrome parece estar relacionado con las fluctuaciones del nivel de estrógenos y progesterona. Los estrógenos ejercen una acción de retención de líquidos y los aumentos transitorios de éstos en diferentes tejidos corporales, parecen explicar algunos síntomas como aumento de peso, edema, sensibilidad mamaria y posible distensión abdominal."³²⁰

³¹⁷Farreras Valentí, P. y Rozman, C., vol. II, [1982] p.701.

³¹⁸ Ibidem.

³¹⁹ Berkow, R. et al.(eds.), p. 1889.

³²⁰ Op. cit. P. 1888. Las cursivas son mías.

Sin embargo a continuación se niega esa relación cuando se afirma que:

*"... La intensidad de muchos síntomas no se correlaciona con la retención de líquidos y el aumento de peso; los diuréticos promueven la eliminación de Na⁺ y agua pero no alivian todos los síntomas y es posible que no tengan efecto alguno sobre el complejo sintomático."*³²¹

Existen bastante desacuerdos entre los diferentes autores. Algunos hacen una distinción entre *tensión premenstrual* y *edema premenstrual*, y aunque se mencionan como patologías distintas no se indica en que síntomas difieren:

*"... en el edema pueden existir los mismos síntomas que en la tensión premenstrual y no es raro que los dos coincidan."*³²²

El único dato cuantificado que aparece en los textos médicos se refiere al aumento de peso que sufren una minoría de las pacientes. Se menciona un estudio en el que un 30% de la muestra tuvo un aumento de peso de 1.300 gramos. Sin embargo no se cita el autor, la publicación, ni el número de mujeres estudiadas.³²³

Se pone de relieve que, según la medicina, es la propia fisiología de la menstruación la causa del síndrome premenstrual cuando en un manual se afirma que:

*" La mayoría de las mujeres experimentan algunos síntomas en relación con el ciclo menstrual..."*³²⁴

³²¹ Ibidem.

³²² Novak, R. et al. [1971] p. 730.

³²³ Ibidem.

³²⁴ Berkow, R. et al. [1989] p. 1888.

Se describen los signos que preceden a la menstruación de forma confusa sin separar los normales y los patológicos.

"...en muchos casos los síntomas son significativos pero de corta duración pero no resultan invalidantes. Otras mujeres presentan uno o más de la amplia gama de síntomas que alteran temporalmente el funcionamiento normal."³²⁵

Así pues, según la medicina en cierto modo todas las mujeres experimentan este síndrome. El cuadro clínico no se describe porque en él cabe una variedad caótica de síntomas:

"El tipo y la intensidad de los síntomas varían en la población general e, incluso, en cada paciente".³²⁶

El tratamiento que se propone para una dolencia tan imprecisamente estudiada consiste en informar a la mujer de que es normal y propio de un estado en el que la menstruación va a producirse. Por consiguiente, como tantas veces en ginecología, se propone la conversación como terapia:

"Hablar sobre los síntomas se considera que puede favorecer la comprensión y producir una modificación en las actividades que reduzca la tensión."³²⁷

La idea implícita que sirve de fundamento para ese enfoque terapéutico es que la paciente debe comprender la *normalidad* de su anomalía que radica en que su biología pasa periódicamente por estados alterados. Así pues, concebir la propia fisiología normal como una anomalía permite atribuir multitud de síntomas cutáneos, neurológicos, respiratorios, digestivos a la fisiología normal de la

³²⁵ Ibidem.

³²⁶ Op. cit.

³²⁷ Op. cit. p. 1889 y 1890.

mujer, es decir a la inminente aparición de la hemorragia menstrual y dejar sin explicar qué tipo de alteración la produce y cuál es el mecanismo mediante el cual se desencadena esta variada sintomatología.

También en el síndrome menopáusico se considera que es la biología normal de la mujer la causa de numerosas patologías. Por consiguiente los síntomas patológicos que presentan algunas mujeres cuando llegan a la menopausia se atribuyen causalmente al cese de la ovulación y a la disminución de estrógenos que se produce de forma natural hacia la quinta década de la vida.

Sin embargo, esa relación causa-efecto resulta difícil de establecer porque, aunque los síntomas se identifiquen, la medicina no dispone de un criterio que permita establecer indirectamente cuando ha dejado de producirse la ovulación en una paciente.

Se ha intentado establecer una relación entre cese de la ovulación y determinados niveles de excreción urinaria de hormonas hipofisarias porque:

"A medida que disminuyen los estrógenos aumenta la secreción de gonadotropinas hipofisarias tratando de estimular la función ovárica debilitada." ³²⁸

Según el manual se ha buscado la prueba que permitiera diagnosticar el cese de la ovulación intentando relacionarla con cambios en el índice de eliminación urinaria de gonadotropinas. Pero no ha sido posible porque :

"...la superposición de los valores de las gonadotropinas en la menopausia con los que se encuentran en la mujer cíclica normal es tal que incluso este método de laboratorio no brinda un criterio seguro para diagnosticar la menopausia." ³²⁹

De modo que no se puede utilizar como criterio diagnóstico un determinado índice de excreción de gonadotropinas debido a que su variabilidad

³²⁸Novak, R. et al.[1971] p. 715.

³²⁹ Op. cit. p. 715.

de eliminación entre sujetos es muy grande. Así pues el análisis individual que mide la cantidad que elimina una mujer no sirve para establecer el diagnóstico pues aunque en términos estadísticos la excreción gonadotrópica suele aumentar con la edad:

*"... una mujer de 31 años puede tener un índice de eliminación 34 y una de 49 tener un índice de 8."*³³⁰

La forma mediante la cual se ha conseguido un patrón diferencial de excreción de estas hormonas hipofisarias, ha sido estableciendo la media entre los niveles que presentan las mujeres analizadas. Teniendo en cuenta que los niveles de eliminación de gonadotropinas en la menopausia no aumentan en todas las mujeres, solo se puede afirmar que tal incremento existe comparando los índices medios de grupos de mujeres que pertenecen a tramos de edad diferente.³³¹ De forma que el patrón medio no sirve como criterio diagnóstico.

Con respecto a la causa de los síntomas patológicos también aparecen dificultades. Primero se establece que se relacionan con el aumento de excreción gonadotrópica pero se niega que haya podido probarse dicha relación:

*"Durante mucho tiempo predominó la opinión de que las grandes cantidades de gonadotropina eliminadas por el lóbulo anterior de la hipófisis eran las responsables de la presencia y de la fuerza de las manifestaciones carenciales del climaterio. (...) Hasta ahora no pudo nunca ser confirmado que aquellas mujeres que presentan manifestaciones carenciales más fuertes producen cantidades especialmente grandes de hormonas gonadotropas..."*³³²

Otros estudios tampoco han conseguido encontrar una relación entre las

³³⁰ Ibidem.

³³¹ En los textos de ginecología aparecen cuadros donde se describen los niveles medios de eliminación en distintos tramos de edad. Op. cit. p.p. 715 y 716 .

³³² Phsyrembell, W.[1977] p.619.

alteraciones patológicas y una carencia de gonadotropina e incluso han mostrado que no existe esa relación:

"En el mismo sentido habla así mismo el hecho de que mediante la extirpación de la hipófisis no se presentaron nunca molestias características del climaterio." ³³³

La explicación definitiva de las patologías graves que algunas mujeres padecen en la menopausia, se coloca en la disminución de estrógenos. El nivel mas bajo de estas hormonas ováricas se considera la causa de:

"... los trastornos vegetativos, psíquicos y orgánicos". ³³⁴

El fundamento de esta explicación reposa en el hecho de que:

"... las mujeres castradas, es decir, aquellas mujeres que en sus años juveniles les fueron extirpados los ovarios operatoriamente o que por castración radiológica quedaron afuncionales, presentan generalmente las mismas molestias que hemos podido observar en el periodo postmenopáusico". ³³⁵

Sin embargo esta hipótesis deja sin explicar la razón por la cuál, dado que en todas las mujeres disminuyen los niveles de estrógenos cuando llegan a la menopausia,³³⁶ no todas padecen los mismos síntomas y otras muchas son asintomáticas.

Para poder seguir manteniendo esa hipótesis sería preciso determinar la relación causal entre niveles de hormonas ováricas apropiadamente cuantificados con determinados síntomas patológicos que en los textos ginecológicos

³³³ Ibidem.

³³⁴ Op. cit. p.620.

³³⁵ Op. cit. p. 617.

³³⁶ Ibidem. p. 618.

examinados no se registran.

En resumen, establecer que la fertilidad representa el modelo de salud femenina, tiene como consecuencia que los estados no fértiles de la fisiología normal se consideren generadores de patologías.

6. La etiología concebida como terapéutica.

El modelo femenino de salud que establece la medicina puede producir confusiones conceptuales que tienen consecuencias graves en la prescripción del tratamiento de algunas patologías.

El concepto de mujer reproductora conduce a considerar que la fertilidad es la característica fundamental de la salud femenina y ha hecho que los médicos tradicionalmente tendieran a pronosticar que determinados problemas de salud desaparecerían con un embarazo.

No obstante, la idea de que el embarazo resuelve problemas de salud femenina resulta especialmente discutible sobre todo cuando conduce a tratar una patología a través de la propia causa que lo ha provocado. Así ocurre con la *Enfermedad de Sheehan* descrita como un hipopituitarismo hipofisario producido por una necrosis del lóbulo anterior de la hipófisis en un shock postparto.³³⁷ Se trata de una enfermedad grave cuya causa es el traumatismo de un parto³³⁸ que ha dejado la hipófisis necrosada a causa de la isquemia:

"La causa más común de insuficiencia hipofisaria es la necrosis del lóbulo anterior a consecuencia de un parto difícil y traumático según describió clásicamente Sheehan."³³⁹

³³⁷ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 1139.

³³⁸ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 1139; Ferreras Valentí, P. y Rozman, C. [1982] vol. II, p. 566 y 567.

³³⁹ Nassar a partir de trabajos experimentales ha apuntado que el empleo de cornezuelo usado como tratamiento por los ginecólogos, podría predisponer a la trombosis hipofisaria. Novak, R. et al. [1971] p.669

Se explica que durante el embarazo se puede desencadenar la enfermedad:

"... la hipófisis normalmente está aumentada de volumen durante el embarazo y puede trombosarse espontáneamente. Según la gravedad de la trombosis hay colapso e hiperpirexia después del parto. Después de un restablecimiento inmediato no hay lactancia y se presenta amenorrea..."³⁴⁰

El pronóstico es muy grave y aunque puede ser una enfermedad mortal no ocurre en todos los casos. Cuando algunas de las pacientes mejoran de forma espontánea, no se sabe el motivo y por tanto se hacen algunas conjeturas:

"(...)Se ha señalado que algunas pacientes durante años tienden a mejorar de la enfermedad probablemente por hipertrofia compensadora de las células hipofisarias residuales".³⁴¹

Después de explicar que la causa de esta grave patología radica en una trombosis de la hipófisis producida por la hipertrofia que sufre en el embarazo, se propone como terapia que la paciente se quede embarazada de nuevo:

"Si puede lograrse una buena sustitución temporal se ha indicado que algunas enfermas se habían embarazado y Murdoch y Govan dicen que es el mejor tratamiento del proceso ya que bajo la estimulación del embarazo la hipófisis se hipertrofia..."³⁴²

A pesar de que la causa de la trombosis es una hipertrofia hipofisaria que ha terminado en colapso, se prescribe la sustitución hormonal para conseguir

³⁴⁰ Ibidem.

³⁴¹ Ibidem.

³⁴² Op. cit. p.669.

otro embarazo que supuestamente funcionaría como tratamiento hipertrofiando de nuevo la hipófisis.

Al utilizarse como medida terapéutica de la enfermedad la misma causa que la ha provocado, el peligro potencial de dicho tratamiento es evidente y preocupante. El riesgo que implica aplicarlo es reconocido por los mismos autores que lo proponen:

*"Por otra parte Israel y Constan ponen en guardia indicando que esta puede ser una situación peligrosa, pues a consecuencia de los esfuerzos del parto son posibles el colapso y la muerte."*³⁴³

Como las deficiencias o carencias hormonales que tiene una enferma con panhipopituitarismo son muy importantes,³⁴⁴ se recomienda el tratamiento sustitutivo con acetato de cortisona o su equivalente. Sin embargo no se dice cual es el síntoma que esta administración hormonal va a aliviar y solo se alude a indeterminadas necesidades de la psicología femenina:

*"Aunque la terapéutica esteroide sustitutiva provocará menstruación no se halla indicada a no ser por motivos psicológicos."*³⁴⁵

Se considera por tanto la posibilidad de restablecer la función reproductiva a través de la sustitución hormonal de gonadotropinas. Sin embargo resulta inquietante esta propuesta porque los mismos textos la califican de imprudente y con riesgo para la salud de la mujer:

"Cuando la esterilidad constituye problema la administración de gonadotropina hipofisaria será el tratamiento de elección si el médico tiene el atrevimiento de preocuparse por un embarazo que puede

³⁴³Novak, R. et al. [1971], p. 669.

³⁴⁴ Nivel de gonadotropinas, 17cetoesteroides, 11corticosteroides reducido. También aparece reducido el yodo unido a la proteína y metabolismo basal bajo. Novak, R. et al. [1971] p. 669.

³⁴⁵ Ibidem.

producirse en condiciones tan precarias." ³⁴⁶

Cuando otros autores se ocupan de esta patología mantienen que las condiciones previas para que aparezca la enfermedad de Sheehan son las siguientes:

*"... partos difíciles con intervención operatoria o graves estados de shock por traumatismos del parto o fuertes hemorragias durante el parto y en todos los casos con trastornos circulatorios."*³⁴⁷

No expresan ninguna duda sobre la causa de la enfermedad que atribuyen al embarazo y al parto:

"Se subraya que la necrosis isquémica del lóbulo anterior de la hipófisis que se produce al final del embarazo o durante el parto reacciona con una sensibilidad especial a los trastornos circulatorios. En todo caso bastan los trastornos circulatorios que se presentan en las complicaciones del parto anteriormente descritas para yugular todo el aporte de sangre al lóbulo anterior de la hipófisis." ³⁴⁸

A pesar de ello, también se propone como tratamiento la sustitución hormonal para establecer el ciclo ovulatorio y un nuevo embarazo en este caso sin mencionar el enorme riesgo de coma y muerte que para la enferma puede suponer un nuevo parto:

"No existe terapéutica causal alguna. Se emplea principalmente un tratamiento de sustitución con hormonas periféricas(...) como los ovarios primariamente no están alterados debe ensayarse el establecimiento de un ciclo (...) mediante la administración de

³⁴⁶ Ibidem.

³⁴⁷ Pschyrembel,W. [1977] p.571.

³⁴⁸ Ibidem. p. 572.

gonadotropinas, es decir, provocar una ovulación para hacer posible un embarazo. Si de esta forma no se consigue una normalización, no queda mas remedio en muchos casos, que sustituir los esteroides que ya no se producen por los ovarios." ³⁴⁹

El razonamiento que sirve de base a este sorprendente tratamiento es el siguiente. Dado que la enfermedad se ha producido por la hipertrofia que los trastornos circulatorios de la gestación han causado en la hipófisis y que durante el parto han desencadenado la trombosis y el colapso que en ocasiones termina con la muerte de la paciente, cuando ese desenlace fatal no se ha producido se espera que un nuevo embarazo hipertrofie los restos hipofisarios y se restablezca su función pero sin que se produzca una nueva trombosis que podría desencadenar un colapso que podría llevar a la muerte de la paciente.

Entendemos que la confusión que conduce a proponer la causa de una patología como tratamiento se debe a que entre los ginecólogos existe la creencia de que el embarazo es fuente de salud y bienestar y esta idea es consecuencia del modelo de salud femenina establecido por la medicina.

7. Funciones reproductivas y sexualidad femenina.

En los seres humanos la salud y la sexualidad están íntimamente relacionadas. Ésta, por ser fuente de placer contribuye al bienestar general de las personas y solo son capaces de disfrutar de ella cuando están sanas. La enfermedad, debido a que instala el sufrimiento en la vida de quien la padece, puede en ocasiones destruir la posibilidad de conseguir placer por medio de la

³⁴⁹ Op. cit. p.574.

actividad sexual, privando de una forma de bienestar físico esencial para el disfrute de la vida.

Los cambios en la conducta sexual pueden ser signos que proporcionen información útil sobre una determinada patología ya que algunas enfermedades pueden ir acompañadas de disminución o desaparición de la libido. Registrar esas modificaciones y que pasen a formar parte del cuadro clínico, puede ayudar a establecer relaciones significativas y contribuir a diagnosticar una enfermedad. Sin embargo el concepto de mujer reproductora hace que para la medicina no exista la sexualidad femenina como dato diagnóstico.

En enfermedades que padecen ambos sexos se consideran datos relevantes los cambios en la libido que experimentan los varones. Concretamente en el fallo adenomohipofisario se afirma que:

*"... existe una pérdida de libido e impotencia."*³⁵⁰

Sin embargo, cuando la enfermedad la padecen las mujeres no se mencionan síntomas relacionados con el deseo sexual. En lugar de constatar los efectos de la patología en la libido femenina se citan los relacionados con su capacidad reproductora tales como:

*"...amenorrea, ausencia de ovulación y esterilidad."*³⁵¹

Este modo de identificar en la mujer sexualidad y funciones reproductivas es habitual en medicina. Por ese motivo otros textos médicos cuando se ocupan del fallo adenomohipofisario también citan como parte del cuadro clínico síntomas que indican problemas relacionados con la capacidad de concebir:

*"... amenorrea, regresión de los caracteres sexuales secundarios y esterilidad."*³⁵²

³⁵⁰Farreras Valentí, P. y Rozman, C. [1982] vol. II p. 565.

³⁵¹ Ibidem.

³⁵² Berkow, R.et al.(eds.) [1989] p. 1145.

Mientras que en los varones se citan tanto las alteraciones de la sexualidad como los problemas relacionados con la función reproductiva:

"... la impotencia sexual (...) atrofia testicular, regresión de los caracteres sexuales secundarios y disminución de la espermatogénesis, con la consiguiente esterilidad." ³⁵³

En el caso de la acromegalia, síndrome producido por un aumento de producción de gonadotropinas debido casi siempre a un adenoma de hipófisis, aparece la misma confusión con respecto a la sexualidad femenina. En las mujeres no se hace ninguna referencia a posibles alteraciones de la libido y solo se cita la amenorrea que es un signo de infertilidad. Sin embargo se cita la impotencia como el síntoma correspondiente en los varones ³⁵⁴

También se ignoran las posibles alteraciones de la sexualidad femenina cuando se realizan tratamientos hormonales anticonceptivos ya que en los manuales de ginecología no suele mencionarse la disminución de la libido como efecto secundario. Si embargo, existe constancia de que las mujeres medicadas con anticonceptivos con frecuencia padecen frigidez y en textos médicos de orientación feminista se menciona que muchas mujeres padecen ese problema. ³⁵⁵

La ginecología raramente tiene en cuenta a la mujer como sujeto sexual y califica de *información sexual* a aquella que en realidad está relacionada con el control de la reproducción:

"La instrucción sexual es estrictamente científica y objetiva; se refiere a anatomía y fisiología de la reproducción, incluyendo claro está,

³⁵³ Op. cit. p. 1139.

³⁵⁴ Ibidem. p. 1145.

³⁵⁵ Véase Alpern, A. et al.(eds.) [1992] p.284.

formación de familia y métodos anticoncepcionales. ³⁵⁶

Con respecto a los problemas sexuales los ginecólogos adoptan una perspectiva androcéntrica. Por ejemplo en la frigidez, trastorno que el diccionario de la lengua española define como:

"Ausencia de deseo o de goce sexual. ³⁵⁷

Sin embargo en los textos de ginecología este trastorno de la sexualidad se caracteriza sin hacer ninguna referencia a la ausencia de placer y sin mencionar la carencia de orgasmo. Palabras como *orgasmo* o *placer* ni siquiera aparecen mencionadas en la definición médica de *frigidez*:

"La frigidez consiste en un desagrado o aversión hacia la relación sexual de origen psicológico, y con la intensidad suficiente para condicionar, si no la evitación activa, una profunda ansiedad, disforia o dolor físico, cuando tiene lugar una relación sexual normal. ³⁵⁸

La medicina trata a la mujer como pareja sexual del varón y no como sujeto de sexualidad propia. Y adoptando esa perspectiva androcéntrica la considera como un objeto sexual pasivo. Así se pone de relieve en la forma de abordar el tratamiento del vaginismo. Esta alteración sexual que consiste en una contracción vaginal intensa cuando se produce la penetración sexual, es definida como un:

"Espasmo de la vagina, con una contracción condicionada de los músculos inferiores de aquella..." ³⁵⁹

³⁵⁶Novak, R. et al. [1971] p. 748.

³⁵⁷ Diccionario de la *Real Academia de la Lengua*, edición de 1992.

³⁵⁸Novak, R. et al. [1971] p. 748.

³⁵⁹ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 1835.

Con respecto a la etiología, los autores consideran que el vaginismo está:

*"...producido por el deseo inconsciente de una mujer de evitar la penetración."*³⁶⁰

La terapia resulta cuanto menos sorprendente porque no tiene en cuenta el bienestar de la paciente. Y es que, para contrarrestar el deseo, supuestamente inconsciente, de evitar la penetración se prescribe como tratamiento dilatar mecánica y dolorosamente la vagina de la mujer hasta conseguir que con ella se pueda realizar el coito:

"...introducir en la vagina dilatadores de goma o de cristal bien lubricados que se dejan colocados durante 10 minutos"

La consideración de objeto para uso sexual al que hay que dilatar para que la penetración sea posible se pone de relieve aún más cuando se reconoce que el tratamiento es doloroso:

*"...algunos autores prefieren usar dilatadores rectales de Young debido a que son mas cortos que los vaginales y causan menos molestias."*³⁶¹

Este enfoque terapéutico pone de relieve hasta que punto la medicina ignora la sexualidad femenina como fuente de placer y bienestar personal porque trata una patología, a la que se describe como *deseo inconsciente de evitar el coito*, realizando en la paciente penetraciones con objetos mecánicos que producen una dilatación dolorosa. Este tratamiento tiene como objeto que la pareja de la paciente pueda realizar el coito pero que la sexualidad sobre todo debe ser fuente de placer para la mujer.

En definitiva el concepto de mujer reproductora tiene como consecuencia que al ser concebida la reproducción como esencia de la feminidad esta función

³⁶⁰ Op. cit.

³⁶¹ Op. cit. p. 1835.

invada y ocupe el espacio de la sexualidad femenina. Al formar parte este concepto de los supuestos básicos de la ginecología, conduce a no tener en cuenta la relación que pueden tener las alteraciones de la libido con la enfermedad. Además cuando la medicina se ocupa de la sexualidad femenina, lo hace con el objetivo de restaurar la relación heterosexual facilitando la penetración que está impedida cuando la mujer padece de vaginismo.

8. Noción médica de feminidad y terapia anticonceptiva.

En la medicina del siglo XX el concepto de mujer reproductora también ha condicionado el enfoque con el que se ha abordado la anticoncepción. La idea de que la fertilidad representa el modelo de salud femenina ha llevado a suponer de manera implícita que impedir su normal desarrollo tiene que tener un coste para el bienestar físico de la mujer que controla sus funciones reproductivas.

8.1. Valores sociales y control de la fertilidad.

La concepción androcéntrica de mujer como entidad reproductora contiene la idea de que en las mujeres existe un deseo irrefrenable de tener hijos. Sin embargo los hechos no parecen confirmar esta creencia. Aunque la maternidad, cuando es deseada y activamente buscada, puede ser una experiencia muy satisfactoria, no existe constancia de que esa forma de vivirla tenga carácter universal, mientras que existen pruebas en sentido contrario. Porque es un hecho que las mujeres de diferentes épocas y culturas han usado una gran variedad de drogas, mecanismos y prácticas para romper el nexo biológico que existe entre actividad sexual y procreación.

Las mujeres han deseado controlar su fertilidad por motivos de índole diversa. Problemas socioeconómicos les han llevado a intentar limitar el número de hijos para poder proporcionarles alimentación y cuidado adecuado. También el

deseo de preservar su salud, que resulta dañada cuando el número de partos y embarazos es numeroso, puede hacer que deseen limitarlos. Gestaciones continuadas pueden conducir a un estado de debilitamiento crónico que recibe el nombre de "síndrome de agotamiento maternal" que aparece en gestantes insuficientemente nutridas y con exceso de trabajo. Por otro lado, tener hijos de manera continuada, aunque se dispongan de los recursos económicos para atenderlos, también puede suponer una sobrecarga psíquica perjudicial para la mujer porque las demandas emocionales de los niños dejan poco espacio para la satisfacción de las propias. Además gestar y cuidar hijos ininterrumpidamente a lo largo de todos los años fértiles de la vida dificulta la satisfacción de necesidades de autorrealización personal que las mujeres, como seres humanos que son, también tienen.

No obstante la necesidad femenina de controlar su fertilidad habitualmente se ha encontrado con grandes obstáculos, ya que su capacidad de concebir no solo es importante para ellas, sino también para los varones. Aunque la decisión de tener o no hijos pertenece al ámbito de las relaciones íntimas de pareja, éstas se enmarcan en un contexto social que las condiciona. El control que intentan ejercer las mujeres sobre sus funciones reproductivas está condicionado por el sistema de género. Como los hijos tienen un significado cultural y personal para el sistema social, las decisiones femeninas han estado limitadas o anuladas por un entramado cultural de normas y valores que a través de instituciones políticas y religiosas organizadas de forma patriarcal, han obligado a las mujeres a tener hijos que no querían.³⁶² La desesperación con la que se han enfrentado a gestaciones no deseadas, ha conducido a intentar interrumpirlas usando incluso métodos perjudiciales para su salud como por ejemplo ingerir plomo, mercurio y otras muchas sustancias peligrosas, poniendo en riesgo sus vidas.³⁶³

8.2. Anticoncepción y medicina.

³⁶² Cuando en la segunda mitad del siglo XX en la mayoría de los países occidentales se ha despenalizado el aborto, siempre ha sido con dentro de ciertas condiciones que limitan el derecho femenino a decidir sobre su propio cuerpo. Los legisladores soportan la presión o la influencia de instituciones religiosas en las que las mujeres no tienen voz ni voto.

³⁶³ Shorter, E. [1991] hace una minuciosa revisión de los diferentes métodos abortivos que se han utilizado tradicionalmente p.p. 177-224.

El enfoque que la medicina ha adoptado sobre el control de la fertilidad femenina ha coincidido con las actitudes del sistema patriarcal y cuando las mujeres han intentado evitar la concepción, tradicionalmente la medicina no les ha ayudado. Su bienestar ha sido amenazado seriamente por un exceso de embarazos y sus necesidades de salud han sido supeditadas a las necesidades sociales. Así, en el siglo XIX, cuando no existía la necesidad social de limitar la población, la anticoncepción era valorada por la sociedad patriarcal de forma negativa asociándose a promiscuidad, vicio y prostitución.³⁶⁴ Cuando a finales del siglo XIX los grupos feministas pedían que se buscaran métodos anticonceptivos seguros y eficaces para evitar las muertes que los abortos clandestinos producían, la respuesta de los médicos fue afirmar que estas prácticas antinaturales entrañaban graves riesgos. Pronosticaban que su utilización produciría cáncer, esterilidad y ninfomanía en las mujeres, degeneración mental, amnesia y palpitaciones cardíacas en los varones y en ambos sexos, manía que podría acabar en suicidio.³⁶⁵

A principio del siglo XX los médicos continuaban teniendo frente a la anticoncepción la misma actitud crítica afirmando que las prácticas anticonceptivas eran peligrosas, producían esterilidad y degeneración mental en la descendencia. Sin embargo esa actitud cambió cuando en la década de 1940 comenzó a surgir en la sociedad occidental una gran preocupación por la superpoblación del planeta. Al percibirse el exceso demográfico como un problema, comenzó a defenderse la idea de que era bueno para la humanidad la disminución de los nacimientos. Entonces en los foros políticos y científicos comenzaron a debatirse las razones a favor y en contra de la anticoncepción. En su defensa se utilizaban argumentos que contenían valores eugenésicos y económicos. Se afirmaba que los individuos inadaptados deberían tener menos hijos y que si las familias fuesen menos numerosas podrían disfrutar de mayor nivel adquisitivo. En los debates también se conectaba la anticoncepción con la

³⁶⁴ Cit. en Walsh [1980] p.184.

³⁶⁵ Op. cit.. Sin embargo este autor afirma que aunque los médicos rechazaban el control de la reproducción en otros, parece ser que ellos lo usaban porque el número de hijos de esta clase profesional era estadísticamente inferior a la media.

salud de los hijos afirmándose que si se tuvieran menos, en las familias se podría cuidar mejor de ellos y este cuidado contribuiría a mejorar su bienestar físico. En los foros donde se debatían las ventajas e inconvenientes del control de la natalidad nunca se adujeron razones relativas a los efectos de la anticoncepción en la salud de las mujeres, ni se plantearon cuestiones relacionadas con el derecho de las mujeres a disponer de su cuerpo.³⁶⁶

La aceptación social de la anticoncepción fue aumentando según iba subiendo el nivel de vida en la sociedad occidental y su respetabilidad fue haciéndose mayor al mantenerse que el bienestar económico de las familias dependía de la disminución del número de hijos.

En la década de 1950, Gregory Pincus, prestigioso biólogo norteamericano especialista en reproducción se dedicó, financiado por la industria farmacéutica, a la búsqueda de un fármaco que, administrado a la mujer, permitiera evitar el embarazo manteniendo la actividad sexual. Elaboró un preparado, el primer anticonceptivo sistémico, compuesto a base de una combinación de estrógenos y gestágenos sintéticos que alteraban los niveles hormonales femeninos impidiendo que se produjera la ovulación. La forma en la que funciona es la siguiente. Normalmente durante el periodo menstrual los niveles bajos de estrógenos desencadenan indirectamente que la glándula pituitaria libere hormona folículo-estimulante (FSH) haciendo que un óvulo en uno de los ovarios comience a madurar. El mecanismo de acción de la píldora anticonceptiva consiste en mantener elevados los niveles de estrógenos en el organismo, impidiendo que se libere hormona folículo-estimulante y por tanto que comience el proceso de maduración ovular. De esta forma el ovario queda inactivo y no es posible que la gestación se produzca. La progesterona sintética, que también forma parte del fármaco anticonceptivo, actúa impidiendo el desarrollo del endometrio, aumentando el espesor del moco cervical que alterando el esperma hace que sean más lentos los movimientos de los espermatozoides.³⁶⁷

En 1959 la FDA aprobó en EE.UU. su comercialización. La industria farmacéutica que había impulsado y financiado su investigación conseguiría

³⁶⁶ Gordon, L. [1978] p. 170.

³⁶⁷ Se trata de la capa interna que recubre el útero.

enormes beneficios por medio de un tratamiento que sería prescrito a millones de mujeres. Tomando diariamente esta medicación se conseguía separar la actividad sexual de la reproducción con un grado de eficacia casi completo.

El éxito de la terapia anticonceptiva fue tan grande que en 1973 el número de usuarias solo en EE.UU. era de 10 millones.³⁶⁸ Nunca un medicamento se había administrado a tal cantidad de seres humanos y ninguno fue recibido con tanto entusiasmo y confianza en sus efectos. Para ser eficaz debía tomarse diariamente y durante largos periodos de tiempo, por consiguiente se planteaba el problema de que pudiese tener efectos nocivos sobre la salud de las usuarias y aunque inicialmente se evaluaron sus riesgos, la evaluación estuvo condicionada por valores sociales.

8.3. Evaluación de la terapia medicamentosa.

La historia de la evaluación de los medicamentos en el siglo XX muestra las dificultades que han existido para realizarla siguiendo criterios estrictos de objetividad y al margen del contexto social con sus intereses y valores.

Aunque desde la más remota antigüedad los seres humanos han utilizado diversas sustancias para tratar los problemas de salud, en Europa fue a partir del siglo XVIII cuando la elaboración y venta de drogas terapéuticas pasó a ser una actividad económica importante. En esa época las empresas fabricaban versiones propias de la llamada "materia médica" que tradicionalmente se usaba para curar, además de elaborar nuevos elixires y píldoras con supuestos efectos curativos. Su venta fue convirtiéndose en un negocio próspero que iría aumentando de manera espectacular en los siglos siguientes.

A final del siglo XIX los avances científicos de la medicina estuvieron unidos a la innovación farmacológica sobre todo cuando en la década de 1880 se descubrieron los efectos antipiréticos de algunas sustancias químicas con propiedades antisépticas y en las de 1890 - 1900 los sueros y vacunas.

A comienzos del siglo XX la investigación farmacéutica continuó

³⁶⁸ Alpern, A. et al. [1992] p. 279.

aumentando y el éxito conseguido con ciertos medicamentos utilizados para el tratamiento de algunas enfermedades, contribuyó a que se iniciara una época de confianza y euforia con respecto a la posibilidad de tratar eficazmente diversas dolencias con agentes muy potentes.³⁶⁹ Los nuevos medicamentos eran el resultado del trabajo realizado en los laboratorios de instituciones públicas y de compañías privadas. Por ejemplo, los antipiréticos se elaboraron en los laboratorios de las empresas farmacéuticas alemanas, los sueros y las vacunas en los laboratorios bacteriológicos de los departamentos de salud pública europeos y americanos y las hormonas animales, como la insulina, se preparaban en los laboratorios de universidades de Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña.

La medicina comenzó a depender estrechamente de la farmacología y cada vez era mayor el número de drogas que los médicos usaban en los tratamientos. Al convertirse la terapia medicamentosa en el siglo XX, en uno de los grandes pilares de la medicina, las compañías farmacéuticas comenzaron a generar enormes recursos. Patentaban los fármacos elaborados en sus laboratorios, cuyas fórmulas mantenían en secreto y comercializaban libremente ensalzando sus efectos curativos. También controlaban la fabricación y venta de aquellos que no poseían la patente, por haberse descubierto en universidades o institutos de salud públicos

La industria farmacéutica, al ocuparse de la venta de los medicamentos, los presentaba de manera atractiva ensalzando sus propiedades. Los efectos beneficiosos de los productos eran publicitados intensamente para conseguir aumentar sus ventas ya que, a excepción de los estupefacientes, podían adquirirse directamente sin necesidad de prescripción médica. El problema era que muchos de estos productos eran, como mínimo, ineficaces.³⁷⁰

Las exageraciones y engaños que los fabricantes utilizaban para conseguir venderlos condujeron a la necesidad de que se regulara mínimamente el comercio de medicamentos. Los primeros esfuerzos del gobierno de EE.UU. para regular la fabricación y comercio de fármacos comenzó con el control del comercio interestatal de sueros, virus, toxinas y sustancias análogas. Los pasos

³⁶⁹ Morris J. Vogel y Charles E. Rosenberg (eds.) [1979] .

³⁷⁰ Para examinar la historia de la industria farmacéutica puede consultarse Temin, P. [1980]

siguientes se dirigieron a impedir que las drogas terapéuticas se etiquetaran engañosamente promulgándose la *Pure Food Act* en la que se prohibía el etiquetado falso de medicinas y alimentos. La *Federal Drug Administration (FDA)* fue el organismo gubernamental encargado de velar por que se cumpliera esta ley que, aunque en su momento fue un logro, en realidad no impidió que se promocionara indebidamente el uso de medicamentos atribuyéndoles propiedades terapéuticas de las que carecían, porque la ley no exigía que se hicieran pruebas de su efectividad antes de su comercialización y solo obligaba a no mentir con respecto a la composición.

Los médicos comenzaron a temer que la naturaleza científica de su disciplina quedara dañada por los intereses comerciales de las compañías farmacéuticas y que la promoción comercial de los fármacos terminara contaminando las revistas y los libros de medicina. Así pues, en 1905 la *Sociedad Médica Americana (American Medical Association)* constituyó el Consejo de Farmacia y Química formado por profesores y especialistas que se ocupaban de comprobar la efectividad de los fármacos forzando a las empresas farmacéuticas a revelar su composición. Los miembros del Consejo cuando evaluaban un fármaco comenzaban por examinarlo para comprobar la proporción entre el principio activo y la materia inerte o excipiente en la terminología posterior. Después de haberse experimentado en animales³⁷¹ se probaba en humanos. Una red de especialistas de prestigio informaban sobre su efectividad después de haberlas usado como tratamiento en sus pacientes.

En las primeras décadas del siglo XX solo se probaba la eficacia de las nuevas drogas terapéuticas. No obstante en los primeros años de la década de 1930 algunos altos funcionarios de la *FDA* y otros grupos ciudadanos entre los que se encontraban catorce organizaciones diferentes de mujeres, reclamaban la necesidad de que los medicamentos pasaran controles rigurosos para detectar posibles efectos nocivos. Sin embargo sus exigencias no se plasmaron en leyes que obligaran a probar la inocuidad de los nuevos fármacos debido a la presión

³⁷¹ La experimentación animal había comenzado a realizarse desde 1900 para probar la efectividad de las vacunas y de los agentes antiinfecciosos, y desde entonces se usaba regularmente para probar la eficacia de los medicamentos.

que sobre los legisladores ejercieron los fabricantes.³⁷²

En 1937 aproximadamente 1000 personas tratadas con elixir de sulfanilamida murieron porque, como la ley de 1906 no exigía probar la ausencia de toxicidad de los medicamentos, los fabricantes habían utilizado un excipiente tóxico sin saberlo. Presionado por el escándalo popular que supuso esa catástrofe, el Congreso de EE.UU. promulgó el 25 de Julio de 1938 una ley en la que se adjudicaba a la U.S. Food and Drug Administration (FDA) la responsabilidad de vigilar que los fabricantes demostraran que los nuevos medicamentos, además de ser efectivos, eran seguros.³⁷³ La nueva legislación exigía a las empresas farmacéuticas demostrar que su producto era:

*"... seguro para ser usado bajo las condiciones prescritas, recomendadas o sugeridas en el etiquetado dispuesto al efecto."*³⁷⁴

Así pues a partir de 1938 los fabricantes, antes de comercializar un nuevo medicamento, tenían que presentar una solicitud a la FDA acompañada de una muestra del producto, su etiquetado y la descripción del modelo seguido en su fabricación y de los estudios realizados para probar que, prescritos en unas determinadas condiciones, no eran nocivos. La FDA tenía 180 días para responder a la solicitud de aprobación aunque si no se contestaba en este plazo, el medicamento se consideraba autorizado. Sin embargo la ley de 1938 no especificaba qué tipo de pruebas se debían realizar para demostrar la seguridad de un producto, ni el número de ellas, ni quienes debían realizarlas.

Los funcionarios de la FDA en su tarea de autorizar o rechazar la comercialización de los nuevos medicamentos consultaban con especialistas que actuaban como asesores científicos, pero sobre, hasta mediados del siglo XX, utilizaba el modelo de Evaluación del Consejo de Farmacia y Química formado por científicos de prestigio que examinaban y ponderaban las afirmaciones de los

³⁷² En Jackson C. O. [1970] se recoge el proceso mediante el cual se fue estableciendo la legislación en EE.UU. que controlara la seguridad de las drogas.

³⁷³ La historia de la FDA puede revisarse en Marks, H.M. [1997].

³⁷⁴ Federal Food, Drug and Cosmetic Act, Cap. 5, sección 505. Cit. en la misma obra.

fabricantes sobre sus supuestas cualidades terapéuticas.

Esta institución sirvió de punto de partida de un movimiento surgido entre científicos de diversa formación y a quienes se les ha llamado *reformadores terapéuticos*.³⁷⁵ A pesar de su variada procedencia y formación académica, compartían la idea de que un mejor conocimiento de los efectos de los medicamentos conduciría a una mejor actividad terapéutica. Tenían como objetivo asegurar que el uso de los fármacos estuviese dirigido por parámetros científicos y no dominado por la publicidad de las compañías o por las opiniones subjetivas de médicos que las habían utilizado en su labor asistencial.

Los reformadores terapéuticos fueron sintiéndose insatisfechos con el procedimiento empleado para la evaluación de los medicamentos en humanos. Tenían la convicción de que mejorarlo redundaría en beneficio de la medicina y mantenían que el modelo científico de evaluación que se utilizaba en los laboratorios, donde se realizaba la experimentación básica, había que llevarlo también a la medicina clínica.³⁷⁶

De forma progresiva se fue perfeccionando un modelo de evaluación clínica de medicamentos que dejó de depender de la opinión de prestigiosos científicos. Con la metodología científica la evaluación se realizaba con estudios aleatorios, experimentos doble ciego y ensayos clínicos controlados.³⁷⁷ El propósito que guiaba a los reformadores terapéuticos era conseguir una evaluación dirigida por valores cognitivos y no condicionada por valores o intereses sociales.

8.3.1. Problemas en torno a la objetividad.

Aunque los investigadores biomédicos han establecido y siguen una metodología científica para garantizar la objetividad de la evaluación de los

³⁷⁵ Ibidem.

³⁷⁶ Las diferentes vicisitudes de los reformadores que tenían como objetivo una evaluación honesta y objetiva de las drogas está minuciosamente expuesta en Marks, M.H. [1997].

³⁷⁷ Op. cit.

medicamentos su conocimiento experto no garantiza que evalúen los riesgos al margen de las condiciones sociales.

Cuando se intenta probar que un medicamento es seguro, la primera dificultad se deriva de la propia naturaleza de la innovación farmacológica. Ésta, como cualquier avance científico, se adentra en lo desconocido, manipula en áreas de incertidumbre y los efectos de su manipulación son parcialmente imprevistos. Por consiguiente, cuando se consigue un nuevo medicamento, además del efecto terapéutico descubierto en él, también puede tener efectos nocivos que pueden suponer riesgos desconocidos para la salud. Ahora bien como no puede aceptarse cualquier nivel de riesgo se realizan estudios para descartar que no posee efectos nocivos importantes.

Con respecto a los métodos utilizados, la cuestión clave consiste en determinar cómo debe realizarse la prueba, dicho de otro modo, en qué consiste un test de riesgo adecuado.

En torno a este punto surgen dificultades porque el hecho de utilizar una metodología modelo no impide que entre los investigadores puedan surgir desacuerdos sobre cuestiones fundamentales debido a que en los estudios experimentales es preciso tomar decisiones que pueden estar permeadas por valores no científicos. Por ejemplo en la experimentación animal, es preciso decidir con que especie se realizará la prueba de toxicidad. Al no existir un modelo perfecto, porque ningún animal es representativo de la especie humana, los animales pueden ser elegidos por criterios científicos tales como que su metabolismo hepático sea parecido al humano o por motivos no científicos tales como que su capacidad de supervivencia en el laboratorio, su precio, o su facilidad de manejo, su tamaño o la facilidad con que pueden ser alimentados.

También en la fase de experimentación en humanos hay que tomar decisiones. En primer lugar hay que seleccionar los posibles efectos adversos que puede tener el nuevo fármaco y en qué condiciones. Esta selección es necesaria porque las personas que toman un medicamento nuevo pueden presentar diversos cambios en su fisiología y hay que decidir cuáles de ellos son signo de daño. También, de los posibles efectos adversos de un medicamento que pueden ser muertes, enfermedades o síntomas descritos subjetivamente por el usuario, habrá que decidir cuáles se deben investigar. Cuando los científicos investigan hasta qué punto un medicamento está asociado con la enfermedad y la muerte y

bajo qué condiciones, tienen que tomar decisiones con respecto a qué estudiar. Por ejemplo pueden intentar averiguar todas las enfermedades y muertes de las personas que han utilizado el medicamento cuya posible toxicidad se está investigando. Pueden hacer estudios sistemáticos de laboratorio en las personas usadas como sujetos experimentales, por ejemplo, análisis de sangre o diferentes pruebas clínicas tales como medidas de la presión arterial, radiografías etc.. O realizar estudios epidemiológicos en los que, sin establecer ningún vínculo de naturaleza causal, se intente descubrir asociaciones entre el uso del medicamento y grupos de síntomas.

La selección de los riesgos que serán sometidos a estudio se realiza en función de los beneficios que proporciona el uso de un fármaco. Si fueran muy importantes solo se comprobará que no tiene graves efectos secundarios, intentándose identificar las enfermedades mas graves y las muertes que, con un cierto grado de probabilidad, pueden estar asociadas al uso de una determinada medicación. Sin embargo síntomas subjetivos como nauseas vómitos o dolores de cabeza, cuya existencia no sea susceptible de objetivar, no serán seleccionados.

Cuando se eligen los sujetos experimentales también se toman decisiones que pueden estar dirigidas por valores extracientíficos. Puede haberse elegido en función de la disponibilidad de una determinada clase social para servir de muestra experimental ignorándose la representatividad de todos los segmentos de la población que usará medicamento. Incluso valores como el derecho a formar parte de un experimento sólo si se conocen y aceptan voluntariamente sus riesgos, puede condicionar el experimento afectando a la heterogeneidad de la muestra ya que tendría que estar compuesta de voluntarios.

Todas estas decisiones en las que pueden intervenir valores no epistémicos e intereses sociales, no pueden evitarse. Aunque los investigadores, en general, no suelen ser conscientes de los valores extracientíficos que intervienen en el proceso de evaluación de los riesgos asociados a un medicamento, su existencia se pone de relieve cuando estudios realizados con el mismo propósito concluyen con resultados contradictorios. Y cuando las pruebas de toxicidad de un determinado medicamento han resultado positivas, a veces los fabricantes las han desacreditado sobre la base de que la muestra utilizada en el estudio no era heterogénea. Incluso estudios experimentales de laboratorio han

sido desacreditados por la elección de los animales empleados. Por ejemplo cuando los trabajos realizados para probar el riesgo de cáncer de cérvix asociado a los anticonceptivos inyectables han arrojado resultados positivos, han sido rechazados esos hallazgos porque los científicos de la compañía que ha desarrollado el fármaco han aducido que las pruebas se han realizado sobre una variedad de perros que tienden a desarrollar espontáneamente cáncer en mayor proporción que otros animales.³⁷⁸

En definitiva, la utilización de una metodología científica no impide que en la evaluación de los medicamentos intervengan valores extracientíficos porque en las diferentes fases del proceso de experimentación es preciso tomar decisiones que pueden estar impregnadas por valores sociales.

8.4. Riesgos asociados al uso de los anticonceptivos orales.

Los anticonceptivos orales al permitir separar la actividad sexual de sus consecuencias reproductivas, han contribuido al bienestar de los seres humanos porque les ha permitido decidir el número de hijos que querían tener y seguir manteniendo relaciones heterosexuales satisfactorias. Sin embargo su eficacia se debe a que alteran los niveles hormonales del ciclo reproductivo femenino, por tanto, necesitan ser administrados diariamente y durante largos periodos de tiempo. Esta alteración permanente de la biología femenina podía tener riesgos para la salud de las usuarias, por consiguiente fue necesario probar que los anticonceptivos orales, además de ser eficaces para evitar la fecundación, no tenían efectos nocivos.

En esa evaluación estaban implicados valores no cognitivos. Se realizó eligiendo el beneficio de controlar la fertilidad de las mujeres evitando tener hijos pero manteniendo la actividad heterosexual y admitiendo la posibilidad de producir alteraciones patológicas en la salud de la mujer al alterar su ciclo reproductivo.

³⁷⁸ Cit por Korembrot, C.C. [1979].

8.4.1. Estudios realizados en la fase experimental.

Cuando Pincus y sus colaboradores estaban realizando los trabajos experimentales sobre anticonceptivos, existían razones para sospechar que podía podían favorecer la aparición de cáncer debido a que estaban elaborados a partir de hormonas ováricas. Éstas habían sido relacionadas con el cáncer desde 1941, cuando se descubrió que conejos tratados con estrógenos desarrollaban adenocarcinoma de endometrio.³⁷⁹ Otras investigaciones que estaban siendo realizadas con diferentes especies de animales también mostraron que estas hormonas estaban implicadas en el desarrollo del cáncer de útero, ovario y mama. Kirkman en 1959 había probado que el estradiol y el diethylbestrol, cuando se administraban a ratones sirios, producían en ellos dos tipos de cáncer.³⁸⁰

Pincus estaba al corriente de que la administración de estrógenos entrañaba un riesgo potencial de cáncer ya que en 1959 presidió el comité organizador de un importante congreso del Instituto Nacional de la Salud cuyo título era *Actividad biológica de los esteroides con relación al cáncer*. Por ese motivo su investigación se centró en probar la eficacia anticonceptiva de una píldora hecha con progestina. Hasta 1956 creía estar haciendo esto pero ese año descubrió que las preparaciones más efectivas para evitar el embarazo habían sido unas que habían sido contaminadas durante la síntesis por un methyl-ether de ethynyl-estradiol, es decir, por un estrógeno. Sin suficiente contaminante estrogénico el preparado de progestina no era tan efectivo para bloquear la ovulación y eran necesarias dosis más altas de progesterona. Por consiguiente el primer fármaco anticonceptivo llamado *Enovid* elaborado por los Laboratorios Farmacéuticos Searle, se elaboró con progesterona mas una cantidad

³⁷⁹ Citado por Jones, H.W. en su trabajo *Estrogens and genital cancer*. En Clives y Korembrot [1978].

³⁸⁰ Cit. por Fasal, E. en Cleeves y Korembrot, [1978].

determinada de ethynyl- estradiol, un estrógeno.

Esta composición exigía probar si en las mujeres que tomaran la medicación anticonceptiva podía incrementarse el riesgo de padecer cáncer. La experimentación animal mostró que si el medicamento se administraba durante tres años no parecía incrementarse el riesgo de padecer cáncer del tracto genital. La *Food and Drug Administration* no exigió que se realizaran pruebas durante más largos periodos de tiempo.

No se investigó en animales ningún otro riesgo potencial a pesar de que la enfermedad cardiovascular era otro de los efectos adversos que podían podía, razonablemente, haberse sospechado. Pincus tenía motivos para hacerlo y preguntarse si el uso de estrógenos suponía cierto riesgo de provocar este tipo de patologías, porque también presidió otro Congreso cuyo título era *Hormonas y arterioesclerosis*. A pesar de ello la posibilidad de que los anticonceptivos pudieran provocar alguna patología cardiovascular no fue estudiada.

Los experimentos en humanos fueron realizados con mujeres pobres de Haití y Puerto Rico³⁸¹ y se centraron en probar la eficacia anticonceptiva, prestando escasa atención a los posibles efectos adversos que podían tener en la salud de las usuarias. No se estudió la incidencia de enfermedades graves en los sujetos experimentales y síntomas objetivos, como por ejemplo el aumento de peso, fueron atribuidos a la mente femenina argumentando que su causa era la pérdida de ansiedad que padecían cuando no tomaban la píldora temiendo quedar embarazadas.

A pesar de que Pincus conocía que las mujeres se quejaban de algunos síntomas subjetivos tales como pinchazos y dolores precordiales, nunca los tuvo en cuenta y incluso llegó a desacreditarlos afirmando que estaban producidos por sus mentes y eran irreales. Los hallazgos de los análisis realizados a las usuarias experimentales también fueron ignorados. Cuando mostraron que después de tomar anticonceptivos las mujeres tenían un tiempo de coagulación inferior al normal podía haberse sospechado que incrementaban el riesgo de enfermedad tromboembólica. A pesar de ello no se tuvo en cuenta que algunas referían haber padecido síntomas coincidentes con los que aparecen en los ataques cardiacos, ni se investigaron las muertes repentinas de las usuarias experimentales. Síntomas

³⁸¹ Petchesky, R. P.[1986].

y datos de laboratorio fueron ignorados.

Sin prestar atención a la posible existencia de riesgos que podían haberse sospechado, la Searle Drug Company en 1959 convenció a la FDA de que no había ninguna prueba de riesgo asociado a los anticonceptivos orales. Pincus y la empresa farmacéutica financiadora de la investigación defendían que no existía evidencia de que su uso supusiera riesgo alguno para la salud. Claro está que tal evidencia no existía porque no se tuvieron en cuenta las enfermedades y muertes de las personas que estaban tomando la píldora.

Con respecto a la conexión entre el cáncer del tracto reproductivo, la *Food and Drug Administration* no pidió que se realizaran los estudios en animales durante periodo de tiempo mayor de tres años. En 1959 autorizó para uso anticonceptivo un compuesto de gestágenos sintéticos al que se añadió una cantidad standard de ethynyl-estradiol. Se comercializó en 1960 con el nombre de *Enovid*. Su comercialización se aprobó exigiendo que el fármaco llevara el aviso de que solo podía tomarse por un periodo máximo de tres años. Este aviso se eliminaría dos años mas tarde.

Sin duda, en la fase de experimentación los científicos eligieron entre dos valores y consideraron prioritario la eficacia anticonceptiva. Y su elección estuvo condicionada por valores sociales porque nunca un medicamento fue acogido con tanto entusiasmo ya que el beneficio que proporcionaba a hombres y mujeres era muy grande. No obstante había un problema y es que había sido concebido para alterar la biología femenina, de modo que sólo las mujeres potencialmente sufrirían sus efectos adversos.

8.4.2. Investigaciones posteriores a la comercialización.

En 1961, después de aprobarse la venta de los anticonceptivos orales aparecieron las primeras pruebas de que su uso estaba directamente relacionado con la producción de tromboembolias y así se publicó en *The Lancet* y en el *Journal of American Medical Association*.³⁸² A partir de ese momento se pusieran

³⁸² Citado en Karembrot, C. [1979].

en marcha investigaciones más rigurosas encaminadas a probar los posibles daños que para la salud podía producir la *píldora*.

Spelaccy, en 1969, publicó que había encontrado evidencia de que los anticonceptivos orales producían cambios en el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos. Este hecho resultaba especialmente preocupante porque producía envejecimiento prematuro y el desencadenamiento de diabetes. Pero sobre todo porque mujeres que se encontraban en situación prediabética, al tomar la píldora, se habían convertido en insulino-dependientes por lo que se consideraba una contraindicación para la medicación anticonceptiva el estado prediabético.

También a finales de la década de los sesenta en Inglaterra y en Estados Unidos se iniciaron una serie de estudios epidemiológicos para determinar si en las usuarias se incrementaba el riesgo de padecer cáncer. Los estudios británicos comenzaron en 1968. Uno de ellos fue realizado en 1974 por el *Real Colegio de Médicos Generales*. Los resultados provisionales se publicaron en 1975. El otro fue llevado a cabo por la Asociación Británica de Planificación Familiar y dirigido por Vessey 1976. En ninguno de ellos se pudo descubrir que el uso de los anticonceptivos orales incrementara el riesgo de padecer cáncer de mama. El estudio realizado en 1976 por Orey y sus colaboradores en EE.UU. arrojó los mismos resultados.³⁸³

En Abril de 1977, cuando la *píldora* anticonceptiva estaba siendo administrada en el mundo a unos 50 millones de mujeres, se celebró en la Universidad de California una Conferencia cuyo título era "Hormonas Anticonceptivas y Bienestar Humano" a la que fueron invitados destacados médicos e investigadores y en la que se pretendía analizar los efectos de la terapia anticonceptiva desde la perspectiva de la relación beneficio-riesgo. En ella se presentaron diferentes estudios que probaban que la formación de trombosis venosas y embolias pulmonares era uno de los mayores problemas de salud relacionados con el uso de los anticonceptivos orales.³⁸⁴

³⁸³ Citado por Fasal Efriede [1978] Clives, D.M. y Korenbrot, C.C. [1978]

³⁸⁴ Entre estos trabajos estaban los realizados por Vessey y Doll en 1968, Sartwell y colaboradores en 1969, el *Royal College of General Practitioners* 1976. Los estudios citados se presentaron en el simposium cuyo título era *Contraceptives Hormones and Human Welfare* celebrado en 1977 y que se recogen en Diamond, M.C. y Korenbrot, C.C [1978]

Otras investigaciones mostraban que en las mujeres que toman anticonceptivos orales existía un incremento del riesgo de padecer accidentes cerebro-vasculares agudos. También producía un ligero aumento del riesgo de padecer infarto de miocardio con desenlace fatal y no fatal en mujeres de más de 35 años. Este riesgo era mayor en el caso de que las usuarias fuesen fumadoras.

³⁸⁵

Los trabajos de Jain publicados en 1976 así como los realizados por el *Royal College of General Practitioners* en 1977 ponían de relieve que los anticonceptivos orales aumentaban el riesgo de hipertensión arterial ligera y en menor medida de hipertensión severa que desaparecía al dejar de tomar la medicación.³⁸⁶

En 1973 se publicó que las mujeres que tomaban anticonceptivos orales durante varios años tenían un riesgo mayor de padecer cálculos biliares.³⁸⁷ Christopherson et al. en 1975, Mays et al. en 1976 así como Nissen y Kent en 1975 publicaban que en sus correspondientes investigaciones habían comprobado que en un número significativo de mujeres que tomaban anticonceptivos orales aparecían tumores de hígado que, aunque benignos, podían ser peligrosos por su facilidad para romperse.

Otros investigadores como Nora en 1973, Janerich et al. en 1974, Nora y Nora en 1975, descubrieron que en niños concebidos inmediatamente después de dejar de tomar la píldora se producía un ligero incremento de las anomalías congénitas.³⁸⁸

En cuanto al riesgo de producir cáncer, los estudios presentados arrojaban resultados contradictorios. Gass y colaboradores probaron en 1974 que los estrógenos estimulan la aparición de cáncer en ratones. Por el contrario no se ha conseguido producir cáncer administrando estrógenos a primates. Sin embargo,

³⁸⁵ Bickerstaff y Holmes [1967], el estudio provisional del Royal College of General Practitioners [1974] y el "*Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women*" [1975]. En Diamond, M.C. y Korembrot, C.C. [1978]

³⁸⁶ Op. Cit., p. 4.

³⁸⁷ *Boston Collaborative Drug Surveillance Program* [1973]. En op. cit.

³⁸⁸ Todos estos trabajos están recogidos en Korembrot, C.C. y Diamond, M.C. [1978].

Symmers había publicado en 1968 la existencia de un experimento no intencionado en humanos que mostraba una relación entre terapia estrogénica y cáncer de mama en varones. Fue descubierta en los tratamientos realizados a hombres transexuales castrados a quienes se administró grandes dosis de estrógenos. También en mujeres se ha encontrado una similar relación cuando Cutler y col. en 1972 probaron que la incidencia de cáncer de endometrio era mayor en mujeres que, por padecer anomalías congénitas de ovarios, habían sido tratadas con altas dosis de estrógenos. La sospecha de que, en humanos, el uso de anticonceptivos orales incrementaba el riesgo de cáncer se hizo mas fuerte al publicar en 1974 Herbst y colaboradores que una variedad de tumor vaginal maligno aparecía en niñas cuyas madres habían tomado un tipo de estrógeno sintético llamado dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo. Otro estudio realizado por Fasal en 1974 puso de relieve que el riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres con tumores benignos se incrementaba muy significativamente en el caso de que tomaran la píldora.³⁸⁹ En el trabajo publicado en 1977 por Paffenbarger y colaboradores se puso de manifiesto que existía un incremento del riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres que tomaban la píldora antes de tener ningún hijo.³⁹⁰

8.5. Prescripción médica de la terapia anticonceptiva.

Cuando los ginecólogos prescriben a una mujer anticonceptivos orales tienen que tener en cuenta, por un lado, los beneficios que reporta el control de la fertilidad y el riesgo de que puedan producir sobre su salud algunos efectos nocivos. Así pues tienen que, a partir de los estudios disponibles y después de un examen clínico, decidir entre valores que pueden oponerse circunstancialmente, a saber, la eficacia anticonceptiva que proporciona la medicación y la seguridad de no arriesgar la salud de la usuaria.

³⁸⁹ Cit. por él mismo en Diamond, M. C. y Korembrot, C.C.[1978].

³⁹⁰ Ibidem.

En los textos de ginecología el apartado dedicado a la terapia anticonceptiva se introduce subrayando el interés que tiene para la sociedad controlar los nacimientos. Se reconoce que, aunque no corresponda propiamente a un texto médico hacer una exposición completa de los problemas demográficos y del control de la población, éstos:

"...tienen demasiada importancia para que puedan omitirse por completo."³⁹¹

El médico incorpora los valores contextuales a su discurso y se centra en los problemas demográficos. Llama la atención sobre la forma desmesurada en que se ha ido incrementando la población mundial y la necesidad que existe de controlarla:

"Pocas o quizás ninguna persona informada deja de reconocer la urgencia que tiene proceder al control de la reproducción en todos los niveles, de familia, de nación y del mundo."³⁹²

En los manuales médicos el ginecólogo, investido de autoridad se adjudica un papel importante para la resolución de este problema:

"El médico tiene la responsabilidad de dar el ejemplo y diseminar el conocimiento de la gravedad del problema en el mundo."³⁹³

Se expone la forma en que la medicina ha contribuido a su solución subrayándose el éxito de los investigadores al haber conseguido un método anticonceptivo tan eficaz:

" Mediante las combinaciones apropiadas de estrógenos y gestágenos,

³⁹¹ Novak, R. et al. p.p.740 y siguientes.

³⁹² Ibidem.

³⁹³ Op. cit.

lograron no solamente impedir la ovulación con gran seguridad, sino que así mismo, de dos a tres días después de la interrupción de las tabletas, lograron una hemorragia semejante a la menstrual. Ello fue su recompensa."³⁹⁴

En los textos de ginecología se subraya el gran logro que supuso la síntesis de hormonas pues permitió la producción a gran escala y que se pudiera prescribir a millones de mujeres:

*"El desarrollo de este procedimiento se hizo posible al lograrse algún tiempo después la elaboración de estrógenos y gestágenos sintéticos activos por vía oral."*³⁹⁵

Se menciona la fase experimental de la investigación y sin aludir a las muertes acaecidas en las mujeres utilizadas en los ensayos, solo se alude a la eficacia de los anticonceptivos orales:

*"Rock, Pincus y Ramón Celso García describieron el primer ensayo con buen resultado en la mujer en 1956, y desde el comienzo se observó que el método era notablemente eficaz y reproducible."*³⁹⁶

Se reconoce que los anticonceptivos orales tienen efectos secundarios, pero no se consideran importantes:

*"Aunque los efectos secundarios eran suficientemente desagradables para causar del 20 al 40% de abandonos, no tuvieron gran significación médica, los más graves eran la hemorragia, irregular o profusa, y las náuseas."*³⁹⁷

³⁹⁴ Pschyrembel,W. [1977], p. 691.

³⁹⁵ Op. cit. p. 741.

³⁹⁶ Ibidem.

³⁹⁷ Op. cit., p. 740.

Se recoge el primer caso publicado de muerte asociado al uso de los anticonceptivos orales y se deja constancia de que al año siguiente de su comercialización y utilización masiva:

*" La primera sospecha de una complicación grave se presentó en 1960, cuando se señaló un caso de tromboflebitis mortal que parecía guardar relación con la administración del medicamento. "*³⁹⁸

Se plantea la necesidad de evaluar los riesgos que su uso puede tener para la mujer comparándolos con sus beneficios:

*"Los beneficios de los CO ³⁹⁹ deben contraponerse a los riesgos individuales de la usuaria. El hecho de no tomar CO puede conllevar un embarazo no deseado y el riesgo de muerte asociado a un embarazo normal y al aborto electivo es mayor al asociado al uso de CO. "*⁴⁰⁰

El riesgo asociado al uso de anticonceptivos orales se califica como inconvenientes, complicaciones y efectos secundarios y se subraya que:

*"El mayor inconveniente del método es que significa administrar medicamentos potentes que ejercen diversos efectos generales sobre mujeres que están en perfecto estado de salud"*⁴⁰¹

Entre las complicaciones se mencionan algunas tan graves como tromboembolias, arterioesclerosis, diabetes e hipertensión. Incluso se describe el mecanismo mediante el cual las mujeres que toman la píldora anticonceptiva se hacen hipertensas:

³⁹⁸ Op. cit. p. 740 y siguientes.

³⁹⁹ Op. cit. El texto usa CO como iniciales de *contraceptivos orales*.

⁴⁰⁰ Berkow, R. et al. [1989]p.1913.

⁴⁰¹Novak, R. et al. [1971] p. 742.

"La segunda complicación descrita es la aparición de hipertensión esencial. Se ha sugerido que el componente estrógeno aumenta el sustrato de renina y este a su vez, puede causar un aumento de angiotensina".⁴⁰²

No obstante, que una mujer padezca hipertensión no se considera contraindicación absoluta para la prescripción de los anticonceptivos orales. Solo se recomienda hacer un seguimiento de la usuaria, pero sin determinar un límite en la cifra de tensión arterial que exija interrumpir el tratamiento. Se permite que siga tomando la medicación durante un tiempo sin llamar la atención sobre la necesidad de controlar la presión arterial:

"Hay que volver a ver a la paciente en el plazo de dos meses y repetir las determinaciones de presión arterial..."⁴⁰³

También se citan estudios que establecen una relación entre los anticonceptivos orales y la arteriosclerosis:

"... Wynn ha descrito algunos cambios en los lípidos sanguíneos que se parecen a los descubiertos en fase temprana de la enfermedad vascular arteroesclerótica."⁴⁰⁴

Cuando se mencionan los peligros potenciales asociados a los anticonceptivos se sugiere que éstos se deben más a las condiciones previas de la usuaria que a la propia acción del medicamento:

"Se ha sugerido que en mujeres con predisposición a la arterioesclerosis los anticoncepcionales por vía bucal pueden acelerar

⁴⁰² Ibidem.

⁴⁰³ Novak, R. et al. p. 743.

⁴⁰⁴ Op. cit., p.742.

el proceso." ⁴⁰⁵

Sin embargo no se indican las pruebas que deben realizarse antes de prescribir la terapia anticonceptiva para descubrir si existe un problema en estado latente. Además, en el mismo texto se quita importancia a la relación entre arteriosclerosis y anticonceptivos sistémicos afirmándose que:

*"De todas maneras hoy por hoy esto es solo teórico."*⁴⁰⁶

La idea de que los problemas de salud que sufren las mujeres que toman anticonceptivos orales se deben a una predisposición previa existente aparece al describir la relación entre la píldora anticonceptiva y la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono:

*"Hay datos indicando que las mujeres con tendencia diabética pueden presentar una curva de glucemia de tipo diabético."*⁴⁰⁷

A pesar de ello no se consideran contraindicaciones absolutas para la prescripción que, en el examen realizado antes de comenzar el tratamiento, la mujer presente altas tasas de glucemia y sólo se aconseja realizar su seguimiento. Se recomienda la vigilancia médica pero sin establecer criterios claros en los que se determinen los valores de glucosa o de tensión arterial que deben llevar a suspender el tratamiento. Solo se recomienda que:

*" Hay que volver a ver a la paciente en plazo de uno o dos meses, y entonces repetir las determinaciones de presión arterial y el análisis de orina en busca de azúcar y cualquier factor que llame la atención en la primera visita ha de volverse a comprobar."*⁴⁰⁸

⁴⁰⁵ Ibidem. p. 742.

⁴⁰⁶ Ibidem.

⁴⁰⁷ Op. cit. p.742.

⁴⁰⁸ Ibidem. p. 743.

También se hace referencia a la posibilidad de que la medicación esté implicada en la producción de embolias:

" Probablemente la complicación más grave señalada en relación con los anticoncepcionales (sic) por vía bucal es la enfermedad tromboembólica. Tres estudios estadísticos del Reino Unido parecen haber demostrado en forma concluyente que estos esteroides crean cierta predisposición a la tromboflebitis. " ⁴⁰⁹

Sin embargo en otro texto de ginecología se afirma lo contrario:

"Se ha demostrado que no existe relación alguna entre el uso de tabletas contraceptivas y la frecuencia de casos de muerte producidos por tromboembolias. La toma de esteroides artificiales como contraceptivos produce exclusivamente modificaciones de la coagulación sanguínea, tal como se han observado durante la segunda mitad del ciclo, de un ciclo ovulatorio, o al comienzo del embarazo. " ⁴¹⁰

Otra clase de efectos nocivos está formada por los llamados *efectos secundarios*, denominación que engloba a una gran cantidad de alteraciones de la salud que se asocian a la medicación anticonceptiva con una tasa de ocurrencia elevada:

"... hay algunos efectos secundarios que ocurren en el cuarenta por cien(sic) aproximadamente, de las mujeres que toman algún tipo de anticoncepcional (sic) por vía bucal. Son irregularidades menstruales, retención de líquido, trastornos gástricos, aumento de varicosidades, irritabilidad o depresión, cambios de la libido (en más o en menos), cloasma,⁴¹¹ cefalea y jaqueca. " ⁴¹²

⁴⁰⁹ Ibidem.

⁴¹⁰ Pschyrembel,W. [1977] p. 703.

⁴¹¹ Se trata de manchas en la piel negras marrones de origen desconocidos pero que

Los textos de ginecología no consideran importantes estos efectos secundarios y a pesar de que inciden negativamente en el bienestar físico de las usuarias se afirma que desde el punto de vista médico no tienen ninguna significación clínica. Tampoco se considera relevante que un número importante de mujeres abandonen el tratamiento:

*"Ninguno de esos efectos secundarios tiene gravedad, pero preocupa suficientemente a las pacientes para que un 40 por ciento, aproximadamente, de las que consumen anticoncepcionales por vía bucal las dejen de tomar a los dos años. En Washinton D.C. se calcula que el 50 por 100 de las pacientes en buena situación dejaron de tomarlos en el plazo de un año."*⁴¹³

El autor no explicita el significado de *buena situación* se supone que se refiere a que se encuentra en buen estado clínico.

Otros efectos secundarios tampoco se consideran importantes:

*" Las mujeres aquejan principalmente malestar, dolores gástricos, mareos, dolores de cabeza, aumento de peso, disminución de la libido, (en ocasiones aumento de la misma), tensión en los pechos insomnio, sensación de plenitud y depresiones (parecido al síndrome premenstrual)."*⁴¹⁴

Se reconoce que esos síntomas afectan al 40% de las usuarias y sin embargo se afirma que no tienen importancia:

"Las complicaciones son pocas relativamente en número. Son siempre

probablemente tengan como causa una endocrinopatía.

⁴¹²Ibidem.

⁴¹³Novak, R. et al. p.742.

⁴¹⁴ Ibidem.

*reversibles y, según la experiencia actual, no se producen daños prologados.*⁴¹⁵

Aunque se afirma que las complicaciones dependen de la dosificación, no se especifica la relación entre ésta y los síntomas. En general en los textos se utiliza un lenguaje cualitativo y vago:

"La fuerza y la clase de complicaciones dependen de la dosificación de cada una de las fracciones hormonales."⁴¹⁶

Uno de los problemas que producen los anticonceptivos orales es que mientras se toman, las revisiones médicas son inútiles porque deja sin validez numerosas pruebas diagnósticas ya que altera su resultado. No se explica la razón de tales alteraciones y se tratan solo como un inconveniente que no tiene relevancia médica en lugar de un síntoma que puede indicar la existencia de patologías incipientes:

*"Desde el punto de vista médico (...) es que interfiere con diversos datos diagnósticos. Entre ellos está la velocidad de sedimentación, las pruebas para el yodo unido a la proteína o tiroxina, las coticotropinas de la sangre y, en ocasiones incluso con un frotis de Papanicolaou. Una biopsia de endometrio o una biopsia cervical también puede presentar dificultades diagnósticas."*⁴¹⁷

En general los riesgos que para la salud femenina tienen los anticonceptivos orales se presentan de una forma suavizada y en algunos manuales de ginecología se afirma que en general pueden ser usados excepto en el caso de que se haya padecido dos tipos de enfermedades:

⁴¹⁵ Op. cit.

⁴¹⁶ Pschyrembel,W. [1977] p.703.

⁴¹⁷Novak, R. et al.[1971] p.743.

*"Solo el antecedente de fenómenos tromboembólicos (...) o de cáncer de mama constituyen una contraindicación absoluta para la terapéutica."*⁴¹⁸

Sin embargo otros textos de ginecología afirman lo contrario negando la relación entre anticonceptivos y fenómenos tromboembólicos de tal forma que tal contraindicación deja de tener sentido:

*" Se ha demostrado que no existe relación alguna entre el uso de tabletas contraceptivas y la frecuencia de casos de muerte producidos por tromboembolias"*⁴¹⁹

Por consiguiente no se considera contraindicación y las personas que han padecido tromboembolias se les prescribe el tratamiento anticonceptivo, aunque recomendando la vigilancia médica:

*"Si anteriormente se han padecido procesos tromboembólicos, será necesario ejercer una vigilancia especial sobre la paciente."*⁴²⁰

Con respecto al cáncer se insiste de forma categórica que los temores que existen no tienen fundamento:

*"Son injustificados los temores de que después de una administración prolongada de las combinaciones estrógenos- gestágenos ejerzan una acción cancerígena."*⁴²¹

Incluso se afirma que la píldora anticonceptiva puede llegar a proteger del cáncer apoyándose en el entusiasmo subjetivo de los inventores de la píldora

⁴¹⁸ Ibidem.

⁴¹⁹ Pschyrembel,W. [1977] p. 706.

⁴²⁰ Op. cit. p. 704.

⁴²¹ Ibidem.

anticonceptiva:

"Detenidas investigaciones efectuadas en EE.UU., especialmente por Pincus y Rock, han demostrado, con creces, que el porcentaje de hallazgos citológicos en mujeres que fueron tratadas con inhibidores de la ovulación fue menor que en las mujeres intratadas (sic) ".⁴²²

La insistencia en que la medicación anticonceptiva es segura y no está relacionada con el cáncer es muy fuerte:

"Tanto la comisión de medicamentos americana, como la inglesa o la alemana no han confirmado momento alguno de sospecha referente a que un tratamiento con inhibidores de la ovulación corrientes en el mercado pueda favorecer el origen de un estado precanceroso o de carcinomas superficiales." ⁴²³

Sin embargo se mantiene que una contraindicación absoluta para tomar anticonceptivos es él:

" Carcinoma sensible a las hormonas sexuales de los órganos genitales y de mama."⁴²⁴

Y se subraya la necesidad de que el ginecólogo esté alerta porque esta cuestión no está definitivamente cerrada:

La aclaración definitiva de esta cuestión exigirá todavía algunos decenios. Hasta entonces cada ginecólogo estará obligado a investigar citológica, colposcópica y mediante palpación a todas las mujeres que tomen tabletas de hormonas inhibidoras de la

⁴²² Ibidem.

⁴²³ Op. cit.

⁴²⁴ Op. cit. p. 703.

ovulación...⁴²⁵

Otras enfermedades muy graves no se consideran motivos suficientes para evitar tomarlos. Se deja al médico la decisión en cada caso, pero sin indicar los fundamentos en los que deben basarse:

"... contraindicaciones relativas que deben decidirse en cada caso, un trastorno hepático grave como hepatitis crónica, cirrosis etc. y tromboembolias anteriores."⁴²⁶

Se niega la posibilidad de que la enfermedad hepática haya sido desencadenada por la píldora anticonceptiva, recordándose que no ha podido comprobarse:

"Tampoco han podido confirmarse daños hepáticos después de tomar durante muchos años noresteroides."⁴²⁷

Después de utilizar un lenguaje suave con el que se minimizan los riesgos que para la salud femenina tienen los anticonceptivos orales, se admite que existen. Para evitarlos se aconsejan las revisiones médicas aunque se reconoce la dificultad de hacer un seguimiento de las mujeres que toman la píldora:

"... en una situación ideal los anticoncepcionales por vía bucal no debieran recomendarse sin una historia clínica completa y un buen análisis ginecológico, incluyendo varias investigaciones de laboratorio."⁴²⁸

428

Así pues la medicina adopta una actitud favorable al uso de los

⁴²⁵ Ibidem.

⁴²⁶ Op. cit. p. 704.

⁴²⁷ Pschyrembel,W. [1977] p. 704.

⁴²⁸Novak, R. et al. [1971] p.743.

anticonceptivos orales y describe los riesgos que pueden suponer para la salud de las usuarias con un lenguaje suave que intenta quitar importancia a sus posibles efectos dañinos. Cuando se comparan diferentes textos a veces se descubren afirmaciones contradictorias. Se ignoran trabajos que ponen de relieve relaciones probadas entre cáncer de mama y la administración de estrógenos y se defiende que puede servir de defensa frente a procesos cancerígenos basándose en el entusiasmo inicial de Pincus y colaboradores.

8.6. La salud concebida como ausencia de enfermedad.

Los estudios realizados para evaluar los riesgos asociados al uso de los anticonceptivos orales pueden interpretarse de forma diferente invirtiendo el orden de valores y eligiendo como prioritario la seguridad para la salud de la usuaria y en segundo lugar el beneficio que produce su eficacia para evitar el embarazo.

Desde esa posición se exponen las directrices a las que se debe ajustar la prescripción médica marcando claramente como objetivo la necesidad de evitar embarazos no deseados pero con la exigencia de no poner en peligro la salud.⁴²⁹

Con ese enfoque se detallan de manera clara y sin ambigüedad los riesgos potenciales y se describen los síntomas que deben conducir a la suspensión del tratamiento anticonceptivo.⁴³⁰

" Los siguientes síntomas son señales de problemas graves: dolor o inflamación de las piernas (en el muslo o en la pantorrilla), intenso dolor de cabeza, mareo, debilidad, falta de sensibilidad, visión borrosa

⁴²⁹ Alpern et al. (coord.) Aunque la primera edición es de 1973, en este trabajo se ha utilizado la edición de 1992.p.p. 282-287.

⁴³⁰ Ninguno de estos síntomas, fácilmente reconocibles por la propia mujer que toma los anticonceptivos se menciona en los manuales médicos escritos por varones que hemos revisado previamente.

*(o pérdida de visión), problemas en el habla, dolor en el pecho, dificultad al respirar, y dolor abdominal(...) porque ellos son signos de ataque cardíaco, embolia, tumor hepático y significan que se debe parar de tomar la píldora.*⁴³¹

También se describen las contraindicaciones y con un lenguaje claro se afirma que una mujer no debe tomar bajo ninguna circunstancia la píldora cuando padece:

*"...cualquier enfermedad o estado asociado con un aumento en la coagulación de la sangre. Varices venosas importantes, embolismo pulmonar, apoplejía, ataque cardíaco o insuficiencia, enfermedad de la arteria coronaria (...) Hepatitis u otras enfermedades del hígado(...) Tumores de hígado, hemorragia genital cuya causa no haya sido diagnosticada, cáncer de mama o de los órganos reproductivos, embarazo o colestasia durante un embarazo anterior.*⁴³²

Se recomienda seriamente evitar los anticonceptivos en determinadas circunstancias que son minuciosamente detalladas porque en ellas los riesgos son mayores:

" A quien se le recomienda fuertemente no tomar la píldora: a las mujeres con dolores de cabeza intensos, hipertensión, hiperbilirrubinemia, mononucleosis en la fase aguda, cirugía prevista para las siguientes cuatro semanas, cirugía que requiere inmovilización, función hepática disminuida, situación que requiera tener la pierna completa escayolada, heridas graves en las piernas, mujeres de mas de cuarenta años con diabetes o presión arterial alta, y mujeres de mas de treinta y cinco años que sean fumadoras porque

⁴³¹ Alpern et al. (eds.) [1992] p. 282.

⁴³² Ibidem.

*son las que tienen mas riesgo de sufrir embolias y ataques cardíacos.*⁴³³

Se dota de legitimidad a los masivos abandonos del tratamiento anticonceptivo explicando que sus razones se deben a la inquietud que produce en las mujeres tomar una medicación que afecta a casi cada órgano del cuerpo, con efectos que no han sido definitivamente comprobados.⁴³⁴ Se reconoce el derecho de las mujeres a decidir si la usan o no, pero después de ser informada de los riesgos. Se subraya que los médicos tienen que proporcionar información objetiva sobre los síntomas que son alarmantes para que la usuaria conozca que son una señal que indica la obligatoriedad de suspender el tratamiento:

*"En la mayor parte de las muertes o daños producidos por la píldora, las mujeres no habían sido examinadas cuidadosamente por los médicos(...) Algunas mujeres ignoraron dolores que de hecho eran señales de aviso, y buscaron ayuda demasiado tarde."*⁴³⁵

8.7. Anticonceptivos y modelo de salud femenina.

Los riesgos asociados a la terapia anticonceptiva pueden interpretarse en función de valores diferentes. Si se considera prioritario conseguir la eficacia anticonceptiva de la medicación, se aceptará la necesidad de que la salud femenina tenga que soportar algunos efectos nocivos. Si por el contrario se elige la seguridad de que su administración sea segura se recomendará un examen estricto y se detallarán todas las contraindicaciones y cuando se prescriben se informará a la usuaria de los síntomas que deben conducir al inmediato abandono de la medicación.

⁴³³ Ibidem.

⁴³⁴ Op. cit. p. 281.

⁴³⁵ Op. cit. p. 282.

En los textos de ginecología la interpretación de los riesgos se realiza partiendo de la idea de que la fertilidad representa el modelo de salud femenina. De modo que se acepta de manera implícita que si se utiliza una medicación que impide el normal desarrollo de la fertilidad femenina inevitablemente se está dañando la salud por lo que en mayor o menor medida los anticonceptivos tendrán efectos adversos. Este supuesto explica la razón por la cual los textos de ginecología por un lado minimizan los efectos nocivos de los anticonceptivos orales y al mismo tiempo recomiendan una vigilancia médica suponiendo que usándolos la salud se puede deteriorar y es preciso la ayuda de médica para restaurarla.

9. Conclusiones.

En el siglo XX la medicina define la salud como ausencia de enfermedad y es diagnosticada objetivamente de forma negativa cuando, después de examinar a una persona por medio de tecnologías diagnósticas, no se descubre en ella ningún signo patológico. Sin embargo el concepto de naturaleza femenina reproductora que utiliza hace que establezca para la mujer un segundo modelo de salud caracterizado positivamente en términos de fertilidad. Esta concepción de la salud femenina hace que los periodos no fértiles de la biología sexual-reproductiva se valoren negativamente y se consideren, en cierto modo, anomalías.

Esta forma de concebir la infertilidad fisiológica produce en ginecología confusiones que dificultan establecer diagnósticos y tratamientos correctos. Una de ellas es que se describen las características de la menstruación y la menopausia de forma confusa mezclando los signos que pertenecen a la fisiología con los que indican la existencia de una patología. En segundo lugar, las etapas no fértiles como la menstruación y la menopausia se consideran generadores de enfermedad y las alteraciones de la salud que padecen las mujeres antes de la menstruación o en la menopausia se atribuyen causalmente, no a una disfunción, sino a la propia fisiología femenina.

Considerar que la fertilidad representa el modelo de salud femenina también produce otras consecuencias epistémicas negativas pues hace que se

conciba el embarazo como un estado que contribuye a aliviar o eliminar las alteraciones de la salud femenina incluso en el caso de patologías producidas por el embarazo, provocando en ocasiones una confusión entre etiología y terapéutica.

Por otro lado, la medicina sigue identificando en la mujer sexualidad y funciones reproductivas de modo que en los cuadros clínicos de algunas enfermedades endocrinas se describen las alteraciones de la libido de los varones y en la mujer sólo se describen los síntomas que indican una alteración de la función reproductiva.

También el doble modelo de salud femenina condiciona la evaluación médica de los riesgos asociados a la terapia anticonceptiva que tiene como punto de partida la suposición de que para evitar la concepción las mujeres tienen que soportar ciertas alteraciones en su salud que la medicina ayudará a tratar. Y es que concebir a las mujeres como entidades reproductoras y considerar que en los periodos no fértiles las mujeres están en una situación fisiológicamente anómala, implica aceptar, de manera implícita, que la medicación que prolonga la infertilidad, tiene que ocasionar inevitablemente ciertos daños en la salud femenina. Ese supuesto interviene en la interpretación clínica de las investigaciones realizadas para descubrir los posibles efectos nocivos de los anticonceptivos orales y hace que, a pesar de existir numerosos estudios en los que se muestra que incrementan en las usuarias el riesgo de padecer algunas enfermedades graves, los médicos consideren aceptable que las mujeres tomen la medicación anticonceptiva bajo supervisión médica incluso en circunstancias que, a la luz de las investigaciones existentes resultan peligrosas.

Capítulo 5.

La psicología femenina como concepto explicativo de patologías.

1. Introducción.

La medicina del siglo XX describe, clasifica y explica las enfermedades en el seno de un poderoso marco conceptual que utiliza la metáfora mecanicista procedente de la filosofía cartesiana. Con ella, el cuerpo se concibe como una máquina compuesta por una serie de sistemas que, aunque teóricamente se suponen interdependientes, en realidad se tratan y estudian como partes separadas, de tal forma que, si una de ellas funciona mal, puede ser reparada o remplazada. Cada especialidad se ocupa de identificar problemas de salud específicos que se suponen localizados en la parte concreta de la biología donde han aparecido los signos que les acompañan, utilizando técnicas propias que se consideran válidas porque se sustentan en el método científico.

En este modelo se explican las enfermedades a través de causas que se encuentran en el cuerpo, concebido como una entidad física. La medicina como disciplina científica mantiene que para realizar los diagnósticos sólo tienen relevancia epistémica los datos objetivables que trascienden la subjetividad del paciente y establece la identidad de las patologías por medio de síntomas que descritos en términos de datos físicos y químicos, preferiblemente cuantificables y susceptibles de ser identificados con medios tecnológicos.

Uno de los supuestos del paradigma médico del siglo XX es la separación de mente y cuerpo, y en él no se consideran significativas las relaciones que pudieran darse entre una patología específica y la psique del paciente. La medicina *normal* no utiliza en sus explicaciones los argumentos que aluden a causas de naturaleza psicológica ni se aceptan los modos de curar cuyo

fundamento se encuentra en la psicología.

2. La medicina psicosomática. Una transgresión de los límites del paradigma.

A pesar de que el modelo fisicalista de la medicina comenzó a tomar forma a finales del siglo XVIII⁴³⁶, los médicos el siglo XIX todavía transgredían sus reglas y relacionaban enfermedades incurables, como la tuberculosis, con la personalidad del paciente.⁴³⁷ En el siglo XX terminó de consolidarse. No obstante en la década de 1930 una parte de la clase médica, probablemente influida por el prestigio que en la época adquirió en EE.UU. el psicoanálisis, se apartó temporalmente de él y consideró la posibilidad de que los factores psicológicos estuvieran implicados en la aparición de ciertas alteraciones de la salud.

La necesidad de buscar nuevas formas de explicación para algunos problemas de salud que no podían explicarse dentro del paradigma hizo que fundaciones filantrópicas, como la Rockefeller, financiaran investigaciones desde esa perspectiva. Con ello se intentaba encontrar explicación a ciertas patologías crónicas que cursaban de un modo desconcertante porque algunas de ellas aparecían y desaparecían intermitentemente en diferentes poblaciones y áreas geográficas, y otras tenían manifestaciones clínicas que variaban incluso en un mismo individuo, con periodos en los que los síntomas alternativamente se exacerbaban o remitían.

Esta forma de concebir la explicación de las patologías, desviado del modo de proceder de la *medicina normal*, recibió el nombre de *medicina psicosomática* y fue definida como el estudio de las interrelaciones entre la vida emocional y los procesos corporales. Inicialmente se utilizó el término *enfermedad psicosomática* para calificar a un grupo de alteraciones de la salud que se creían estaban

⁴³⁶ Foucault, M. [1975].

⁴³⁷ Sontang, S. [1979].

causadas por factores emocionales o que su evolución empeoraba debido a dichos factores. Posteriormente su significado se hizo mas restringido y se consideró psicósomática solo la enfermedad que estaba exclusiva y específicamente producida por los procesos mentales, entendiéndose que, de la misma forma que una bacteria provocaba una enfermedad infecciosa, el asma o la fiebre del heno estaban producidas por la mente del paciente. Esta forma de abordar el estudio de las patologías, desviado del modo de proceder de la *medicina normal*, recibió el nombre de *medicina psicósomática* y fue definida como el estudio de las interrelaciones entre la vida emocional y los procesos corporales. La colitis ulcerosa caracterizada por úlceras y abscesos de colon experimentados por los enfermos con exarcebaciones y remisiones recurrentes de síntomas tales como dolor abdominal, diarrea y hemorragias rectales, quedó establecida como modelo de enfermedad psicósomática.⁴³⁸

El declive de la medicina psicósomática comenzó con la aparición de los corticoides pues con ellos pudieron tratarse, dentro del modelo *normal*, enfermedades que anteriormente eran intratables. La existencia de tratamiento con la que aliviar su sintomatología hizo innecesario atribuir su causa a la psicología de los pacientes,⁴³⁹ de modo que este enfoque terminó desapareciendo. Posteriormente, los propios médicos han subrayado que este tipo de explicación era inadecuado e impropio de una disciplina científica y ponían de manifiesto que considerar psicósomática una patología significaba reconocer el fracaso de la medicina ya que en lugar de encontrar un tratamiento para curar o aliviarla, hacía culpable al paciente de haber causado su propia enfermedad.⁴⁴⁰

El concepto de enfermedad psicósomática no podía mantenerse porque transgredía las reglas del paradigma ya que en los conceptos, métodos y explicaciones de la *medicina normal* del siglo XX no se podía aludir a las interacciones mente-cuerpo.

⁴³⁸ En su historia aparece la ambigüedad en la que se mueve la medicina cuando, al abordar una enfermedad problemática, escapa a las reglas del propio paradigma debido a que le resulta imposible conseguir una explicación satisfactoria dentro de él. Aronowitz, R. A. [1998] p. 39-56.

⁴³⁹ Op. cit., p.p. 48-50.

⁴⁴⁰ Ibidem.

3. Ideología masculina en la práctica clínica.

A pesar de que en la segunda mitad del siglo XX ha desaparecido la medicina psicosomática, los médicos han seguido relacionando, de forma puntual, los problemas de salud con factores psicológicos.

El término *psicologización* se ha utilizado para describir el tipo de explicación en el que se alude a los factores psicológicos que supuestamente intervienen en la aparición de una enfermedad cuando, en realidad, no existen pruebas que justifiquen afirmar la existencia de tales factores.⁴⁴¹ *Psicologizar* no significa reconocer que una enfermedad provoca sufrimiento psíquico en quien la padece, sino mantener que los rasgos de la personalidad del paciente han intervenido en el desencadenamiento de los síntomas o la enfermedad. Dicho de otro modo, consiste en atribuir alguna de sus causas a la psicología de quien la sufre sin describir ni explicar cuál es el mecanismo mediante el que se produce la conexión causa-efecto y sin citar trabajos de investigación que doten a las afirmaciones de fundamento científico.

El paradigma médico del siglo XX no posibilita encontrar esas pruebas porque sus normas implícitas no permiten realizar estudios para encontrar relaciones entre la enfermedad y la mente de quien la padece.

Aunque la historia de la medicina psicosomática puede hacer pensar que la psicologización se realiza cuando existe carencia de conocimientos sobre las causas de una determinada dolencia,⁴⁴² existen datos que sugieren que en la transgresión de las normas del modelo médico fisicalista intervienen creencias y valores de género. Y es que en la literatura médica se puede apreciar que, a pesar de que los hombres no son inmunes a la psicologización de sus síntomas, la vasta mayoría de las historia-caso ponen de relieve que se realiza sobre todo con pacientes femeninas.

⁴⁴¹ Goudsmit, E.M. y Gadd, E.R. [1991].

⁴⁴² Ibidem.

Los casos publicados sacan a la luz que esta práctica incorrecta está relacionada con las creencias que la clase médica tiene sobre las mujeres porque los diagnósticos se realizan sustentándose fundamentalmente en el sexo de las pacientes. Por ejemplo, cuando en 1955 los médicos diagnosticaron de histeria colectiva a 200 empleados del *Royal Free Hospital* de Londres, el 90% de ellos mujeres. Los dos psiquiatras varones que realizaron el diagnóstico lo argumentaron sobre la base de que algunos de los síntomas aparecían también en estados de ansiedad e hiperventilación, que no pudo identificarse ningún agente causal y que la enfermedad afectaba fundamentalmente a mujeres jóvenes segregadas.⁴⁴³ Pero el único dato que sirvió para justificar que los síntomas se debían a alteraciones psicológicas fue que la mayoría de las pacientes eran mujeres porque cuando se desencadenó una epidemia con síntomas similares que afectó solo a soldados varones, no fueron diagnosticados de histeria colectiva. Tampoco recibieron ese diagnóstico los pacientes de otras epidemias que, a pesar de reunir similares características, afectaron por igual a hombres y a mujeres.⁴⁴⁴ Todos estos casos ponen de relieve que los médicos tienden a relacionar los síntomas que padecen las mujeres con su psicología porque comparten la creencia de que la mente femenina tiene un equilibrio mental frágil.

La creencia de que las mujeres tienen una mayor tendencia a padecer trastornos psicológicos puede adoptar entre los médicos del siglo XX formas diferentes. A veces tienden a pensar que las mujeres usan los servicios médicos como ayuda para soportar sus numerosos y frecuentes problemas psicológicos y que por tanto acuden a consulta médica sin sufrir padecimiento físico alguno.⁴⁴⁵ La consecuencia de esa suposición es que los problemas de las pacientes femeninas no suelen ser investigados con los métodos habituales de diagnóstico y cuando acuden al médico aquejadas de problemas físicos reciben como

⁴⁴³ Esta epidemia posteriormente se ha creído que fue producida por un enterovirus. Hyde, B. M. et al. (eds.) [1992].

⁴⁴⁴ McEvedy, C. P. y Beard, A.W. [1970b].

⁴⁴⁵ Kurtz, R. A. y Chalfant, H. P. [1984].

tratamiento drogas psicotrópicas con mas frecuencia que los varones.⁴⁴⁶ Este tipo de terapias, sorprendentemente no está prescrito por psiquiatras, sino por internistas, ginecólogos y médicos de familia que creen que muchos de los problemas que las mujeres dicen padecer son de naturaleza psicológica.⁴⁴⁷ También los médicos tienen la tendencia a creer que los factores psicológicos juegan un papel importante en el desencadenamiento de las dolencias femeninas y que las características de su personalidad contribuyen a exagerar su malestar de modo que sus problemas de salud son menos investigados. Y cuando mujeres y hombres refieren los mismos síntomas, a éstos se les pide mas pruebas que facilitan establecer diagnósticos correctos de modo que mayor número de varones que de mujeres reciben tratamiento.⁴⁴⁸

Suponer que la causa de una enfermedad es de carácter psicológico puede conducir a que los médicos no realicen pruebas suficientes para descartar diferentes factores causales. Sin ellas no se pueden instaurar las medidas terapéuticas adecuadas y las consecuencias para las pacientes pueden ser fatales. En algunas ocasiones, incluso síntomas graves como dificultad respiratoria con hipoventilación, si los padecen mujeres, se atribuyen a factores psicológicos. Así se ha publicado, por ejemplo, en el caso de tres mujeres que llegaron a urgencias por sufrir dificultad respiratoria. Se les diagnosticó hiperventilación histérica y dos ellas fueron enviadas al psiquiatra y mientras que la tercera fue enviada a su casa después de prescribírsese Diazepan⁴⁴⁹ como único tratamiento. En los días siguientes las tres fueron ingresadas porque habían entrado en coma de distinta profundidad. Cuando en esta segunda ocasión se les realizó un examen riguroso, se descubrió que sus síntomas realmente se debían a que padecían diabetes. La presuposición de que los

⁴⁴⁶ Según Nechas, E. y Foley, D. [1994] las mujeres reciben el 66 por ciento de las prescripciones de las drogas psicoactivas.

⁴⁴⁷ Fidell, L.S. [1980].

⁴⁴⁸ Armitage et al 1979] 2186-2187. Este trabajo mantiene que los médicos se toman más en serio la enfermedad de la que se queja un varón que la enfermedad de la que se queja una mujer probablemente debido a la creencia estereotipada de que los varones son estoicos con respecto a la enfermedad y las mujeres son hipocondriacas.

⁴⁴⁹ El Diazepan es un ansiolítico que pertenece al grupo de las benzodiazepinas.

síntomas eran psicológicos había conducido a no realizar la exploración física de rigor, poniendo en riesgo sus vidas. Los médicos que realizaron los diagnósticos erróneos concluyeron que padecían un ataque de histeria, no sobre la base de la información que hubieran proporcionado las pruebas pertinentes, que no se realizaron, sino fundamentándose en el sexo de las enfermas.⁴⁵⁰

La idea de que la mente de la mujer tiene una predisposición natural hacia el desequilibrio genera la creencia de que no tiene la fortaleza psicológica para soportar los sucesos habituales de la vida. Los médicos parten de esta creencia cuando suponen que el estrés que genera en sus mentes las dificultades cotidianas puede afectar a su psicología y hacerlas enfermar, y en la literatura médica existe constancia de que a veces la utilizan en sus diagnósticos. Por ejemplo está documentado el caso de una paciente que se quejaba de forma intermitente de dolores en forma de calambres y fue diagnosticada de *síndrome de intestino irritable* precipitado por el estrés. El diagnóstico no fue realizado a partir de datos obtenidos por medio de pruebas clínicas ni a través de ningún examen físico sino a la información proporcionó diciendo que se sentía ansiosa, cansada y que había cambiado de trabajo. Se ignoraron los numerosos datos que ponían en cuestión el diagnóstico de carácter psicogénico y aunque acudió varias veces a urgencias por la intensidad del dolor que no desaparecía, el diagnóstico no fue revisado. Pasó bastante tiempo hasta que fue rigurosamente examinada por la hematóloga que publicó el caso y que descubrió en la enferma una masa fácilmente palpable en la fosa iliaca izquierda, confirmándose con una intervención quirúrgica urgente que padecía cáncer de colon sigmoideo.⁴⁵¹ La incorrección del primer diagnóstico se había sustentado en la creencia de que la mente femenina tiene dificultades para soportar el estrés que producen los cambios de la vida y puede producir síntomas.

4. El modelo de psicología femenina.

⁴⁵⁰ Treasure , R.A.R., Fowler, P.B.S. y Millington, T.H. y Wise, P.H.[1987] .

⁴⁵¹ Brozovic, M. [1989]

La psicologización de género que a veces realizan los médicos se sustenta en un modelo anómalo de psicología femenina que comparten con los profesionales de la salud mental. La idea de que la mente de la mujer tiene una tendencia natural al desequilibrio puede descubrirse en los supuestos básicos de psicólogos y psiquiatras que consideran que el modelo de equilibrio psicológico está representado por las características consideradas socialmente propias de la personalidad masculina. Así se puso de relieve en un estudio realizado en 1970 en el que se pidió a 79 especialistas en salud mental, 46 hombres y 33 mujeres, que describieran a una persona sana, madura y socialmente competente. Y contestaron con las características que socialmente se consideraban masculinas entre las que se incluían independencia, asertividad y sentido de la aventura. Cuando se les preguntó por las características propias de un individuo psicológicamente equilibrado según fuese su sexo sus respuestas revelaron que las características humanas valiosas conformaban el modelo masculino de salud mental, mientras que el femenino se concebía en términos de características defectuosas porque una mujer adulta psicológicamente normal era descrita como sumisa, dependiente, excitable ante crisis menores y vanidosa con respecto a su apariencia personal.⁴⁵² En el mismo estudio quedó de manifiesto que cuando se pedía que mencionaran las características de un adulto psicológicamente equilibrado sin especificar su sexo, repetían las mismas cualidades que las mencionadas para los varones sanos.⁴⁵³

Esos datos muestran que psicólogos y psiquiatras suponen que la psicología femenina es anómala porque establecer distinto modelo psicológico para cada uno de los sexos y considerar que el masculino constituye la norma, significa admitir que la psicología femenina por definición se desvía de la normalidad. Desde ese punto de partida, independientemente de cual sea el

⁴⁵² Broverman et al. [1970].

⁴⁵³ Desde 1970 estos estudios han sido repetidos varias veces en diversas circunstancias y con sujetos diferentes. Hansen, F.J. y Reekie, L.[1990]; Philips y Gilroy, [1985]; Brooks-Gunn, J. y Fisch, M.[1980].

comportamiento femenino éste será valorado negativamente ya que, si una mujer muestra las características del individuo sano, maduro y adulto, será considerada psicológicamente anormal por igualarse a las masculinas. Pero, si su comportamiento coincide con el modelo que los profesionales de la salud mental consideran femenino también estará desviado del modelo de salud psicológica representada por la psicología del varón y será considerada psíquicamente desequilibrada.⁴⁵⁴ De esta forma la anormalidad se constituye inevitablemente en modelo de psicología femenina.

5. Creencias y valores en ginecología.

La idea de que la mujer tiene una mente con tendencia al desequilibrio está presente de manera implícita en los textos de ginecología. En ellos, la psicología femenina se presenta relacionada con su sistema reproductivo y afectada de una debilidad intrínseca.⁴⁵⁵ Los autores subrayan que el ginecólogo tiene que sospechar del equilibrio psicológico de una paciente que acude a consulta y debe examinar:

*"... el estado psicológico de la paciente con especial atención a las depresiones, la ansiedad y el abuso de fármacos."*⁴⁵⁶

En la especialidad que se ocupa del sistema reproductivo la personalidad de la paciente se considera con relevancia diagnóstica. Por tanto se recomienda prestar atención a:

⁴⁵⁴ Tavris, C. [1992].

⁴⁵⁵ Cuando se ha investigado la posible existencia de alteraciones psicológicas relacionadas con las distintas fases del ciclo reproductivo, los resultados han sido negativos. Ussher, J. [1989] (Hay traducción española de 1991.

⁴⁵⁶ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 1853.

"...las expectativas personales de la paciente, su cultura, sus interpretaciones, su respuesta a los síntomas." ⁴⁵⁷

También mantienen que son importantes desde el punto de vista clínico las características de la personalidad de la paciente tales como la timidez, su posible ignorancia sobre las funciones reproductoras y sexuales, su religión, su posible conducta promiscua con múltiples compañeros sexuales.⁴⁵⁸

La pasividad se entiende como una característica psicológica femenina, que aunque los autores dicen que ha disminuido, no se precisa con respecto a qué o a cuando:

"En la actualidad las mujeres son menos pasivas y desean tomar parte en las decisiones que afectan a su salud." ⁴⁵⁹

El ginecólogo aparece en los manuales de ginecología como experto en psicología femenina y con autoridad para hacer juicios de valor sobre la vida de sus pacientes. Pero en los textos médicos se recomienda no explicitarlos.

"Dado que el médico y la paciente pueden tener actitudes diferentes sobre el papel de la mujer es necesario evitar que la paciente se sienta incómoda, indefensa y dependiente." ⁴⁶⁰

En los textos médicos se recomienda no expresar opiniones valorativas pero por razones de tipo pragmático, es decir para conseguir un clima de confianza que permita recoger la información que requiere la historia clínica:

"... un enfoque sin juicios de valor en las preguntas los gestos y las

⁴⁵⁷ Op. cit.] p.1850.

⁴⁵⁸ Ibidem.

⁴⁵⁹ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 1851.

⁴⁶⁰ Op. cit.

actitudes evita ideas de moralización o la expresión de opiniones dogmáticas y facilita la obtención de una historia precisa." ⁴⁶¹

En ginecología se parte de la idea de que la mente femenina es frágil y afronta con dificultad las presiones de la vida cotidiana. A esa fragilidad se le atribuye la capacidad de generar las alteraciones de la salud que presentan las pacientes:

"...las mujeres saben que el estrés psicológico puede estar aumentando o causando sus síntomas." ⁴⁶²

La sospecha de que su mente esté generando los problemas conduce a subrayar la necesidad de que el ginecólogo actúe como experto en salud mental femenina:

"Se debe hacer una revisión del estado de salud general de la paciente, incluyendo su estado psicológico..." ⁴⁶³

En el discurso médico, los cambios sociales que han permitido a las mujeres tener menos hijos, acceder a la educación y tener profesiones cualificadas, se consideran posibles desencadenantes de la enfermedad y se supone que la mente femenina tiene cierta incapacidad psicológica para desenvolverse en medio de tales cambios:

"Cada vez mas las mujeres tienen acceso a una mejor educación, trabajan fuera de casa, tienen menos hijos, cambian de residencia, se divorcian o separan, crían niños solas y sobreviven a sus compañeros. Las presiones de estos cambios pueden afectar su salud, sus

⁴⁶¹ Op. cit.

⁴⁶² Ibidem.

⁴⁶³ Berkow, R.et al. (eds.) [1989] p.1852.

*necesidades y su capacidad para manejar sus problemas.*⁴⁶⁴

6. La mente generadora de síntomas. El dolor.

El dolor como experiencia humana es una sensación física indefinible y subjetiva íntimamente conectada con la enfermedad.

*"La tarea de la medicina es preservar y restaurar la salud. Entender el dolor es esencial para alcanzar ambos objetivos. Porque el dolor universalmente se entiende como una señal de la enfermedad y es el síntoma mas frecuente que hace que una persona vaya al médico."*⁴⁶⁵

Aparece acompañando a numerosas patologías por consiguiente es un síntoma al que debe dotarse de significado diagnóstico porque apunta a una causa:

*"La función del sistema sensorial del dolor es localizar e identificar el proceso que daña los tejidos. Debido a que cada enfermedad produce patrones característicos de daño tisular, la cualidad del dolor, el tiempo en el que cursa y la localización de su padecimiento proporciona importantes claves diagnósticas y se utiliza para evaluar la respuesta al tratamiento."*⁴⁶⁶

La medicina, para cumplir su cometido de curar o aliviar la enfermedad, tiene que buscar y encontrar la causa del dolor, es decir la enfermedad, ya que el sufrimiento subjetivo que experimenta el paciente es el signo del daño que existe

⁴⁶⁴Op.cit. p.1851.

⁴⁶⁵ Fauci et al. (eds.) [1998] p. 53.

⁴⁶⁶ Ibidem.

en su salud. Así pues, además de ser una experiencia subjetiva que necesita ser aliviada es también la huella de una patología. Esta es la razón por la cual necesita dotarle de significación diagnóstica.

6.1. Problemas en torno a la subjetividad del síntoma.

El dolor como dato tiene un estatus epistémico excepcional que se deriva de la íntima conexión que tiene con la enfermedad de la que es un signo y de su naturaleza íntima y subjetiva que hace que resulte inaccesible de forma directa para el conocimiento médico. Porque, como síntoma no puede objetivarse por medio de tecnologías diagnósticas en forma de datos físicos o químicos cuantificados.

Debido a que el dolor pertenece de forma esencial a la subjetividad del paciente, el médico no puede acceder a la información que proporciona sin la mediación del enfermo. Éste tiene que caracterizarlo utilizando metáforas tales como de *punzada*, *quemazón*, etc. para hacerlo objetivamente comprensible.

El problema que supone para el diagnóstico la irreductible subjetividad del dolor, se resuelve por medio de la naturaleza relacional que adquiere en medicina y que le confiere significado simbólico que le dota de objetividad. Porque lo que es característico del dolor humano es que el sufrimiento se proyecta desde el que sufre el dolor hasta aquél de quien se espera ayuda. En el encuentro que se da entre médico y paciente, éste proyecta su dolor hacia la clase médica porque espera que, gracias a los conocimientos de la medicina, su sufrimiento tendrá significado. Así que el acto de recibirlo y aceptarlo como información dota al sufrimiento de utilidad epistémica.

Debido a que objetivar el dolor de forma directa es imposible, en el sentido de que no se puede cuantificar su intensidad ni analizar su calidad, solo adquiere valor diagnóstico el dolor que se considera real. Así pues el médico tiene que reconocer que el dolor existe y darle un significado diagnóstico, interpretarlo como un síntoma perteneciente a alguna patología para poder eliminarlo o aliviarlo. De esta forma para aliviar o eliminar el dolor es necesario que sea reconocido como una petición de ayuda. Si se consigue o no esta ayuda,

dependerá de la reacción que tenga el médico o el grupo de médicos hacia quienes se proyecta.

Ahora bien, el encuentro médico-paciente se produce en un contexto social y la interpretación epistémica que la medicina realiza del dolor no se realiza de una forma abstracta y despersonalizada, sino situada en una cultura con creencias y valores.⁴⁶⁷

6.2. La representación de la experiencia femenina del dolor en el discurso masculino.

En Occidente, el discurso sobre el dolor ha sido monopolizado por los varones. A finales del XIX los teóricos del dolor adoptan un enfoque darwinista y utilizando conceptos de la teoría de la evolución comenzaron a elaborar la idea de que el dolor era una herramienta útil para la supervivencia de las especies.

Esa idea se utilizó como punto de partida en los debates que se produjeron en torno a la relevancia evolutiva del sadismo y el masoquismo. Sexólogos y psicólogos construyeron un discurso sobre el dolor en el que éste se concebía de manera diferente según fuera el sexo de los individuos. Defendieron la idea de que la mujer experimentaba el dolor de manera "diferente" a los varones afirmándose que en ella el dolor cumplía diferentes objetivos. Escritores como Kraft-Ebbing⁴⁶⁸ y Havelock Ellis⁴⁶⁹ prestaron atención a la existencia del sadismo

⁴⁶⁷ Las creencias y valores sociales pueden influir en la forma que los médicos evalúan los diferentes tipos de dolores. Según algunos autores esta sería la razón por la cual la intensidad del dolor de espalda, que es bastante frecuente en ciertos obreros manuales, se tiende a minimizar afirmando que los obreros "usan" el dolor para conseguir ciertos propósitos. Merskey, H., y Spear, F.G. [1967].

⁴⁶⁸ Richard von Krafft-Ebing. (1840-1902). Psiquiatra alemán que descubrió la relación entre la sífilis y la parálisis general progresiva y fue pionero en el estudio de las aberraciones sexuales.

⁴⁶⁹ Henry Ellis Havelock (1859-1939), psicólogo británico y ensayista conocido por sus estudios sobre la conducta sexual humana, fue uno de los primeros escritores que, a pesar de los problemas

y al masoquismo sexual y siguiendo su habitual línea de pensamiento afirmaron que era algo natural y normal. Ellis defendía que el dolor era la esencia del placer sexual de las mujeres y presentaba como un hecho científico que las mujeres disfrutaban el dolor.⁴⁷⁰

En las primeras décadas del siglo XX, también algunos autores han defendido la idea de que, en las mujeres, el masoquismo tiene profunda raíces biológicas, psicológicas y sociales por lo que puede considerarse en ellas normal. Este tipo de afirmaciones aparecía en una gran cantidad de trabajos médicos. En ellos se intentaba probar la supuesta tendencia femenina a disfrutar del dolor, utilizando a pacientes psiquiátricas con masoquismo como modelo de conducta femenina. Y de ese modo, convirtiendo lo patológico en norma, se concluía que todas las mujeres son naturalmente masoquistas.⁴⁷¹

El dolor psicológico tradicionalmente se ha relacionado con la histeria y como ésta ha sido considerada ligada a la naturaleza femenina⁴⁷² la consecuencia ha sido afirmar que las mujeres tienen una mayor tendencia a padecer dolor psicogénico. Además, en la revisión histórica que algunos autores han hecho del dolor de causa psicológica la mayoría de casos que se citan se refieren a mujeres.⁴⁷³ Por ejemplo un famoso cirujano, Brodie, escribía en 1837 que las cuatro quintas partes de los dolores articulares de las mujeres de clase alta eran de tipo histérico.⁴⁷⁴

de tipo legal que en la época suponía, escribió de forma muy clara y directa sobre cuestiones de sexo. Su obra *Love and Pain* fue publicada en 1898 y vuelta a editar en 1913. Cit. en Laws, S. [1990].

⁴⁷⁰ Op. Cit.

⁴⁷¹ Merskey, H. y Spears, F.J. [1967] p. 123.

⁴⁷² Los trabajos que han examinado este concepto han puesto de relieve que su significado ha cambiado mucho a lo largo del tiempo aparece en él una característica permanente, a saber, que ha sido considerado casi exclusivamente como un problema femenino. Bart y Scully, [1979].

⁴⁷³ La obra de Merskey y Spear, [1967] además de ser una historia del dolor psicológico es también una defensa del enfoque psicológico del dolor.

⁴⁷⁴ Merskey y Spear [1967] p. 7, citan este hecho estando totalmente de acuerdo con la calificación de "psicológico".

Así pues, en el discurso masculino del dolor aparece la ideología de género que no reconoce a la mujer como ser humano semejante al varón y por consiguiente tampoco se concibe el dolor femenino como el dolor del hombre. El varón que monopoliza el discurso convirtiendo el dolor de las mujeres en placer masoquista o negando su existencia atribuyéndolo a su mente, hurta al sufrimiento femenino, arrebatándole su humanidad, el alivio que supone ser comprendido.

6.3. Consecuencias epistémicas en medicina.

En algunos textos de ginecología se dice de manera explícita que la mujer puede percibir erróneamente su fisiología y tener una actitud equivocada sobre el dolor que les lleva a no evaluarlo correctamente:

*"...la ovulación y algunos otros acontecimientos naturales que producen molestias abdominales breves y leves pueden ser percibidos en ocasiones como cuadros abdominales de carácter catastrófico."*⁴⁷⁵

En la descripción de la dismenorrea, dolor intenso que acompaña en algunos casos a la menstruación, aparece la idea de que su génesis está relacionada con factores psicológicos. Los textos médicos reconocen la importancia de este problema de salud que padecen las mujeres traduciéndolo a términos económicos, debido a que cuando o padecen falta al trabajo:

*" La dismenorrea o dolor menstrual que probablemente es el síntoma más común de las alteraciones ginecológicas, y la causa principal de pérdida de horas de trabajo en la mujer."*⁴⁷⁶

⁴⁷⁵ Fauci et al. (eds.) [1998] p.73.

⁴⁷⁶ Novak, R. et al.[1970] p. 726.

En su descripción inicial surgen discrepancias entre diversos autores. Algunos mantienen que la dismenorrea consiste en:

"...dolores fuertes anormales y molestias generales que se presentan durante la hemorragia menstrual." 477

Otros afirman que el dolor menstrual no tiene correspondencia objetiva:

"... como dolor cíclico asociado a la menstruación sin lesiones demostrables." 478

En este punto surgen los desacuerdos pues en otros textos se afirma que el dolor está causado por lesiones que pueden ser:

"... orgánicas como las inflamaciones, tumoraciones, estenosis cervicales, endometriosis, hipoplaxia genital, retroflexión de un útero móvil o fijo, malformaciones uterinas, etc." 479

También se alude a causas de tipo funcional entre las que se mencionan:

"...fuertes contracciones uterinas, una expulsión incompleta del endometrio, o un tono elevado del simpático de los vasos uterinos..." 480

Para algunos autores el dolor se debe:

"... a contracciones e isquemia uterinas, probablemente mediadas por el efecto de las prostaglandinas producidas en el endometrio secretor."

⁴⁷⁷ Pschyrembel, W. [1977]p.610.

⁴⁷⁸ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p.1889.

⁴⁷⁹ Pschyrembel,W. [1977] p. 613.

⁴⁸⁰Ibidem.

El desacuerdo existente con respecto a si existe o no causa orgánica del dolor menstrual desaparece los autores se refieren a los factores psicológicos que intervienen en su producción. Así, la dismenorrea se relaciona con la personalidad de las mujeres que la padecen a quienes se califica de muy excitables y nerviosas.⁴⁸²

Se desconfía de la existencia real del dolor suponiendo en la paciente una actitud defectuosa que podría conducir a la exageración del malestar más pequeño.⁴⁸³

El fundamento en el que se sustenta esa desconfianza se extrae de dos consideraciones. Una de ellas se refiere a la subjetividad del síntoma.

*"En realidad, la línea de demarcación entre esta molestia normal y la verdadera dismenorrea es muy imprecisa. En la mayoría de los casos es la propia enferma quien establece subjetivamente la diferenciación, basándose en la incapacidad que trae aparejada."*⁴⁸⁴

Pero también se reconoce de forma explícita las mujeres que padecen dismenorrea pueden estar exagerando sus síntomas y esa desconfianza sobre la existencia real del dolor se sustenta en la idea de que la mujer tiene una psicología defectuosa:

⁴⁸¹ Berkow, R. et al. [1989] p.1889.

Las prostaglandinas son sustancias que se encuentran por todo el organismo y un tipo de ellas produce contracciones en el útero y en los músculos intestinales y probablemente una disfunción de estas sustancias sea la causa de la dismenorrea. En un manual médico de orientación feminista se mantiene que este trastorno se podría deber a un exceso de prostaglandinas que se concentra en el útero y que quizás estas sustancias pasan a los intestinos produciendo los espasmos dolorosos y las náuseas. Alpern, A. et a. [1992] p. 253

⁴⁸² Novak, R. et al. [1970] p. 726.

⁴⁸³ Ibidem.

⁴⁸⁴ Op. cit.

*"Solo se necesita conocer someramente la naturaleza humana para sumarse a la afirmación de que el mismo estímulo periférico que en las mujeres tranquilas se expresa por una molestia moderada, se manifiesta en la muchacha hipersensitiva e impresionable a manera de un dolor intensísimo, incluso incapacitante."*⁴⁸⁵

Se sostiene de este modo que la menstruación dolorosa es normal y se afirma que es la propia paciente quien percibe su dolor de forma exagerada. Sin embargo no se sabe cuál es el criterio utilizado para descubrir si la paciente es tranquila o hipersensitiva. Haciendo uso de un argumento circular se concluye y se parte de la suposición de que es hipersensible la mujer que se queje de dolor intenso.

Según los ginecólogos, los factores psicológicos deben sospecharse siempre en la dismenorrea :

*" Por consiguiente, jamás debe perderse de vista el factor psicógeno en el tratamiento de los casos de dismenorrea y todo estudio que pretenda ser completo debe tomar en consideración los factores susceptibles de acentuar el elemento subjetivo en cada caso."*⁴⁸⁶

De modo que, aún admitiéndose la existencia de factores orgánicos, no se abandona la idea de la causa psíquica. A ella se vuelve una y otra vez:

"Estrechamente vinculada al grupo de causas totalmente subjetivas, y a menudo difícilmente separables de ellas, se encuentra la debilidad constitucional de distintas clases según puede observarse en las enfermas que a consecuencia de anemia, tuberculosis, diabetes, exceso de trabajo y múltiples causas distintas, sufren un descenso del umbral doloroso, debido primordialmente a factores físicos, que a

⁴⁸⁵Novak, R. et al. [1970] p.727.

⁴⁸⁶ Op.cit.

menudo se imbrican con factores nerviosos y psíquicos."⁴⁸⁷

Siempre se supone que los factores psicológicos son los desencadenantes fundamentales del problema y entre ellos se cita:

"... la ansiedad por la menstruación puede contribuir al problema." ⁴⁸⁸

La psicologización de la dismenorrea a veces queda oculta porque se realiza utilizando argumentaciones en las que se mezclan alusiones a la mente femenina y a estructuras biológicas:

"... todo estudio que pretenda ser completo debe tomar en consideración los factores susceptibles de acentuar el elemento subjetivo en cada caso. Entre ellos se encuentra un sistema nervioso congénitamente inestable y sensible" ⁴⁸⁹

Esta forma de exposición produce la apariencia de que las explicaciones permanecen dentro del modelo biologicista. Sin embargo aunque el término *sistema nervioso* se refiere a una estructura anatómica, cuando se califica de *congénitamente inestable* se está valorando psicológicamente a la paciente. Porque no existe la forma de descubrir y probar si un sistema nervioso es o no congénitamente inestable y sensible.

La idea de que la fisiología del sistema reproductivo altera la mente femenina sirve para sustentar la afirmación de que la dismenorrea es producida por:

*"... los traumatismos psíquicos, especialmente los relacionados con los periodos menstruales..."*⁴⁹⁰

⁴⁸⁷Novak, R. et al.[1970] p.727.

⁴⁸⁸ Berkow, R.et al. (ed.) [1989] p. 1889.

⁴⁸⁹ Novak, R. et al.[1970] p. 726-727.

⁴⁹⁰ Op. cit. p.727.

También se mencionan otras causas relacionadas con la ignorancia de la paciente sobre el dolor menstrual como:

"...la falta de conocimientos acerca de la significación y normalidad de la función menstrual." ⁴⁹¹

La ginecología, además de atribuir la causa a la psique del individuo que padece el síntoma, indica una causa adicional, la madre de la paciente:

"Hay madres ansiosas que miman a sus hijas al comienzo de la vida menstrual en la creencia de que la muchacha debe sentirse realmente "indispuesta" en esa época." ⁴⁹²

La existencia de antecedentes familiares en la dismenorrea no se utiliza para sospechar un factor hereditario sino para argumentar que la causa está en la personalidad de la madre o cualquier otra mujer de la familia que también la padece. A ellas se les acusa de servir de modelo a la paciente y de ser la causa de que imagine un padecimiento irreal. Además, los cuidados maternos que recibe una paciente con dismenorrea se consideran otra causa del problema. Todos esos factores se utilizan para explicar que este trastorno es socialmente aprendido:

"...para esa joven si se cría en una familia donde otra u otros parientes sufren de dismenorrea, la transición hacia la invalidez menstrual es sumamente fácil." ⁴⁹³

Esta insistencia en los factores psicológicos no se apoya en ninguna clase de estudio y simplemente se sostienen recurriendo al argumento de la autoridad:

⁴⁹¹ Op. cit., p.726.

⁴⁹² Op.cit. p.p. 726-727.

⁴⁹³ Novak, R. et al. [1971] p.p.726-727.

"... algunas autoridades afirman que la causa de la dismenorrea primaria es siempre psicógena."⁴⁹⁴

Bien es cierto que el autor afirma que no comparte esa opinión tan extrema pero insiste en que está convencido:

"... del papel primordial que en muchos casos desempeña el factor psicógeno"⁴⁹⁵

La discrepancia entre las dos posiciones realmente es mínima porque difieren solo en mantener que la dismenorrea se debe, "siempre" o "primordialmente", a causas psicológicas. Pero exponiendo las dos posiciones en un mismo texto se refuerza la idea de que la mente femenina es la causante de los dolores menstruales.

A pesar del énfasis puesto en los factores psicogénicos, no se cita ningún estudio que pruebe esta explicación. Por el contrario, se citan trabajos que apuntan a la existencia de una causa orgánica:

" Una posible explicación la proporcionan los trabajos de Clitheroe y Pickles sobre la producción de prostaglandinas por el endometrio. Por influencia de la progesterona el endometrio secretor sintetiza prostaglandinas neurohormona que provoca contracción de los músculos lisos. Esta se libera cuando el endometrio se desintegra al menstruar y la acción sobre el músculo y los vasos uterinos origina la contracción acompañada de dolor. Si se libera hacia la circulación una cantidad excesiva, aparecen los efectos generales asociado característicamente con la dismenorrea, o sea, diarrea, náuseas, bochorno y síncope."⁴⁹⁶

⁴⁹⁴ Op. cit. p. 727.

⁴⁹⁵ Ibidem.

⁴⁹⁶Novak, R. et al. [1971] p. 728.

Con el lenguaje propio de las explicaciones hipotéticas se afirma que:

*" Estas observaciones indicarían que la dismenorrea no parece depender de simple predominancia de hormona estrógena sino más bien de algún tipo de desequilibrio entre estrógeno y progesterona. "*⁴⁹⁷

Se subraya que la hipótesis endocrina se sustenta sólo en datos circunstanciales:

*"Este punto de vista fundado en datos circunstanciales, ha recibido confirmación en los estudios de Sturgis y Albright quienes pudieron evitar la dismenorrea inhibiendo la ovulación".*⁴⁹⁸

Y se admite que no se conoce el mecanismo mediante el cual se produce la dismenorrea:

*"Seguimos muy lejos de poseer la solución del mecanismo fundamental del dolor. "*⁴⁹⁹

Se propone como tratamiento parcial:

*" Sea cual sea la causa de la dismenorrea, parece lógico como parte de su tratamiento intentar lograr la inhibición de la musculatura uterina. Este plan se basa en admitir el hecho todavía no comprobado, de que el factor inmediato de la producción de dismenorrea sean contracciones intensas y dolorosas, posiblemente asincrónicas, de la musculatura uterina.*⁵⁰⁰

⁴⁹⁷ Op. cit., p. 729.

⁴⁹⁸ Ibidem.

⁴⁹⁹ Op. Cit.

⁵⁰⁰ Ibidem.

Se expresa la convicción de que tal terapia no será eficaz porque los autores creen que la dismenorrea no tiene tratamiento:

*"... sigue siendo uno de los problemas ginecológicos sin solución."*⁵⁰¹

Por el contrario, admitido el carácter psicogénico de la dismenorrea sin ningún tipo de razonamiento ni trabajo de investigación que lo justifique, se propone el tratamiento psicológico sin expresar dudas ni desconfianza sobre su efectividad. Ahora bien no se considera necesario enviar a la paciente a un especialista en salud mental. Con un lenguaje que parece oscuro pero que cobra significado por medio de los supuestos que la medicina tiene sobre la psicología femenina, se sugiere que el ginecólogo es capaz de abordar los problemas psicológicos que padece la paciente con dismenorrea:

*" Para erradicar los factores etiológicos psicológicos no es necesario someter a la enferma a una investigación psicoanalítica, pero es importante que el médico tenga buen sentido y se haga cargo de la situación."*⁵⁰²

Este buen sentido consiste en no dar importancia a este dolor que la mujer padece y como tratamiento se recomienda ignorarlo. Debe el médico convencer a la paciente que su experiencia dolorosa se debe a lo equivocado de sus ideas con respecto a la menstruación. Por lo tanto se curará si ella entiende que normalmente la menstruación no debe obstaculizar en forma material las faenas o actividades acostumbradas. El texto no explica cómo el médico puede discriminar las causas orgánicas mencionadas de las causas psicológicas y solo supone que puede hacerlo. Así pues el ginecólogo es presentado como un experto en psicología femenina capaz de realizar esa discriminación:

⁵⁰¹Novak, R. et al. [1971] p. 626.

⁵⁰² Op. cit. p. 726.

*"Rápidamente puede el médico imponerse (sic) de la importancia o insignificancia del factor psicógeno en cada caso, y determinar en esta forma si vale la pena intensificar las medidas psicoterapéuticas."*⁵⁰³

Sin indicar el criterio que permite distinguir la dismenorrea de causa orgánica de la psicológica se sostiene que el tratamiento debe tender a actuar sobre la actitud de la paciente:

*"Creemos que por lo menos en un pequeño número de casos es posible librar literalmente a la muchacha de su dismenorrea mediante una actitud de comprensión simpática, de confianza y una labor educativa."*⁵⁰⁴

Cuando se resume el tema de la dismenorrea se vuelve a insistir en la importancia de los factores psicológicos y se subraya de nuevo:

*"Para el trastorno doloroso subjetivo que es la dismenorrea primaria ningún tratamiento puede basarse estrictamente en consideraciones endocrinas; hay que tener también presentes factores constitucionales o psicógenos como base del tratamiento de estas pacientes."*⁵⁰⁵

Incluso admitiendo la existencia de una causa de naturaleza endocrina se sigue manteniendo que en la dismenorrea intervienen factores psicológicos:

"Aunque en algunos casos los factores endocrinos sean los únicos responsables, puede ocurrir también que los únicos causantes sean factores generales o psicógenos; en la mayoría de los casos pueden

⁵⁰³ Ibidem., p. 727.

⁵⁰⁴ Novak, R. et al. [1970], p. 727.

⁵⁰⁵ Ibidem.

coincidir varios de estos tres factores etiológicos principales."⁵⁰⁶

La importancia que se da a la psicogénesis de la dolencia, puede descubrirse en el modo de prescribir el tratamiento. Después de proponer medidas terapéuticas endocrinas o incluso una neurectomía de los nervios sensitivos, se subraya que, si no se tienen en cuenta los factores psicológicos el tratamiento fracasará:

"Además de las medidas generales, psicoterapia y todos los esfuerzos posibles para tranquilizar a la paciente, se le aconsejará seguir todas sus labores corrientes en lugar de ir a la cama durante la crisis, todo ello preferible a las inseguridades e inconvenientes del tratamiento endocrino." ⁵⁰⁷

Así que la terapia adecuada para una dolencia que la propia medicina admite que puede llegar a ser incapacitante consiste en ignorar el dolor y seguir con una actividad normal. No se confía en la efectividad que la administración de hormonas puede tener en la dismenorrea, pero el tratamiento psicológico siempre se considera conveniente:

"Como parte del tratamiento de la dismenorrea primaria puede utilizarse una terapéutica endocrina o quirúrgica adecuada, pero el médico que fía estrictamente en ella y no tiene en cuenta otros posibles factores fracasará en un gran número de casos." ⁵⁰⁸

Se proponen tratamientos de naturaleza muy diferente sin mencionar qué criterio se utiliza para elegir el que se debe instaurar. Por ejemplo se recomienda desde aspirina a neurectomía⁵⁰⁹ :

⁵⁰⁶Op. cit.

⁵⁰⁷Novak, R. et al. [1970] p. 730.

⁵⁰⁸ Ibidem.

⁵⁰⁹ Incisión en el nervio sensitivo.

*"Unas cuantas dosis de aspirina o de un antiespasmódico suelen permitir pasar las peores horas. Cuando la dismenorrea es mas prolongada e intensa hay que ensayar el tratamiento endocrino antes de recurrir a medidas más radicales, como por ejemplo la neurectomía presacra."*⁵¹⁰

También se recomienda la supresión de la ovulación:

*"Los datos actualmente existentes indican lo que hace tiempo se sospechaba o sea que la dismenorrea primaria es trastorno de las mujeres que ovulan y que probablemente se aliviarán evitando la ovulación. Esto puede lograrse para un ciclo determinado mediante terapéutica de progestágenos o estrógenos administrados en la primera fase del ciclo."*⁵¹¹

El tratamiento más sorprendente aparece en las recomendaciones que, calificadas de *tratamiento general*, se hacen cuando se relaciona la insuficiencia ovárica con la dismenorrea. Estas consisten en animar a la paciente a hacer deporte, gimnasia, baños de lodo, mejores condiciones de vida y de cuidado espiritual.⁵¹²

En resumen, la medicina describe la dismenorrea de forma confusa, aludiendo a supuestos sobre la psicología femenina. De ella se dice que es un dolor incapacitante, aprendido por las pacientes por imitación de sus madres o por haber sido cuidadas por ellas. También se atribuye a defectos de la personalidad de las pacientes que tienen una ignorancia sobre sus propios procesos fisiológicos e hipersensibilidad a un dolor que médicamente es considerado normal. En la explicación médica de la dismenorrea se minimizan las alteraciones orgánicas endocrinas, anatómicas y funcionales que podrían conducir

⁵¹⁰ Pschyrembel,W. [1977] p. 614.

⁵¹¹Novak, R. et al.[1970] p.730.

⁵¹² Pschyrembel,W. [1977] p.614.

a abandonar la explicación psicológica. A pesar de reconocer su existencia y sin justificación racional alguna, se insiste en sospechar que el dolor patológico, que solo algunas mujeres padecen en la menstruación, está producido por la psicología de la propia paciente.

El *dolor lumbar de causa pelviana* también se relaciona con la psicología de la paciente. Se afirma que está producido por una lesión orgánica:

*" El llamado síndrome de Allen-Masters se caracteriza por desgarro doloroso de la hoja posterior del ligamento ancho, útero en retroversión y cuello anormalmente móvil(según los autores)."*⁵¹³

Y también se menciona el psiquismo de la paciente:

*"Francamente sospechamos que las pacientes con este síndrome pueden tener la misma carga psíquica que se observa en otros procesos similares como "la congestión pelviana crónica."*⁵¹⁴

En los manuales que describen el llamado " dolor pélvico" también dicen que una de sus causas es de naturaleza psicológica:

"Las causas incluyen contracciones musculares intensas o calambres, inflamación o irritación directa de los nervios y factores psicógenos."
515

De él se afirma que:

*"Su naturaleza e intensidad son variables y la causa a menudo se desconoce."*⁵¹⁶

⁵¹³Novak, R. et al., [1971] p. 306.

⁵¹⁴ Ibidem.

⁵¹⁵ Berkow, R. et al. p.(eds.) [1989] p.1880.

⁵¹⁶ Berkow, R.et al., [1989] p. 1880.

Después de mencionar posibles causas de naturaleza orgánica, se subraya la necesidad de descartar todas ellas antes de llegar a la conclusión de que puede ser de naturaleza psicógena. La explicación psicológica se reserva solo para el caso de que no se pueda encontrar otra causa:

"En el dolor psicógeno pueden ser necesarios varios estudios de laboratorio para descartar otros trastornos."⁵¹⁷

De este modo en los propios textos médicos se apunta la conveniencia de relacionar el dolor ginecológico con la psicología de la paciente suponiendo que es un factor causante o que aumenta su intensidad.

También el dolor abdominal de naturaleza no ginecológica se relaciona con la psicología y el sexo de quienes lo padecen. Aunque se afirma que en algunos casos puede estar producido por procesos patológicos que lesionan los nervios sensitivos, también se mantiene que puede ser de origen psicógeno. Se dice que la paciente que tiende a sufrirlo tiene un determinado perfil psicológico:

"El mecanismo (del dolor psicógeno) es difícil de definir. El problema más frecuente es la adolescente histérica que presenta dolor abdominal."⁵¹⁸

Cuando las enfermas que lo padecen han sido diagnosticadas erróneamente y sometidas a tratamientos quirúrgicos equivocados, el error médico no se considera tal y se coloca la responsabilidad en la personalidad de la enferma:

"Con frecuencia este tipo de paciente ha perdido el apéndice y otros

⁵¹⁷ No se menciona nada más. Berkow, R. et al. [1989]p. 1.882.

⁵¹⁸ Fauci et al. (eds.) p.[1998] p. 53.

*órganos abdominales debido a este cuadro.*⁵¹⁹

La idea que subyace a este enfoque del dolor femenino es que la percepción de la paciente es exagerada o errónea y su psicología es un factor que interviene en su génesis de forma esencial.

7. Psicogénesis de otros síntomas.

La ginecología también relaciona síntomas como la alteración del moco cervical con la psicología femenina. El nombre que recibe esta disfunción es *alteración del moco cervical por motivos psicógenos* de modos que en esta denominación se indica su etiología. La causa también se vuelve a mencionar en su descripción:

*"Flujo cervical disfuncional, la denominada hipersecreción de origen psicógeno de la mucosa cervical."*⁵²⁰

Se dice que puede tener varias causas, pero en una línea habitual de la ginecología se vuelve a insistir en la etiología de naturaleza psicológica:

*" Se entiende por ello la abundante salida de una secreción (...) sin que pueda comprobarse ninguna causa patológica local. Como causa de ello se mencionan trastornos anímicos, exceso de trabajo, insuficiencia ovárica y otras muchas. Otras denominaciones son (Roemer): "flujo nervioso", "psicógeno."*⁵²¹

Otros síntomas, como la *halitosis*, también se relacionan con la psicología

⁵¹⁹ Ibidem.

⁵²⁰Pschyrembel,W. [1971] p.299.

⁵²¹Op. cit.

sobre todo en el caso de padecerla una mujer. Se llama *halitosis psicógena* a:

*"...la queja de mal aliento de un individuo basada posiblemente en factores psicológicos que los demás no perciben."*⁵²²

Aunque no sea un síntoma específicamente femenino el paciente modelo es una mujer desequilibrada psicológicamente por la menstruación:

*"... puede aparecer en un periodo de ansiedad, por Ej. , en la primera menstruación de una adolescente."*⁵²³

El vómito es otro síntoma que también se atribuye a causas psicológicas:

*"Pueden ser autoinducidos u originados involuntariamente en situaciones percibidas por el paciente como inductoras de ansiedad, amenazantes o desagradables de algún modo."*⁵²⁴

Y de manera implícita se supone que son las mujeres y los niños quienes padecen el vómito de naturaleza psicogénica porque tienen una psicología inestable:

*"El vómito puede expresar hostilidad como ocurre cuando un niño vomita en una rabieta o ser un intento de expresar una idea o un deseo prohibido como en los trastornos de conversión. Por ej. , a menudo el vómito se produce inmediatamente después o en el transcurso del aniversario de un aborto o de una histerectomía cuando una mujer tiene conflictos no resueltos en relación con el feto perdido o con su identidad como mujer o como madre"*⁵²⁵

⁵²²Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 816.

⁵²³ Op. cit.

⁵²⁴Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 813.

⁵²⁵ Ibidem.

En la explicación aparece de manera explícita la ideología que representa a la mujer con una mente caótica que desea y rechaza su embarazo:

"...la ambivalencia de la paciente determina síntomas que representan tanto la experiencia del embarazo (retener simbólicamente lo que se perdió) como su rechazo." ⁵²⁶

También la ausencia de menstruación, o amenorrea, es conectada médicamente con la mente femenina. En la historia clínica ginecológica se recomienda sospechar y buscar:

"...insistiendo sobre factores como relación (sic) con tensiones emocionales..." ⁵²⁷

Se advierte que, como el éxito del tratamiento suele depender de su diagnóstico, un observador cuidadoso que estudia a una paciente y no puede encontrar ningún factor causal, inevitablemente tiene que,

"...aunque no sea adecuado, clasificar sistemáticamente tales pacientes como psicógenas." ⁵²⁸

Se reconoce que esto es habitual:

"... se hace frecuentemente en la práctica, y se admite que, mientras no se disponga de mayores datos, no cabe una solución mejor." ⁵²⁹

⁵²⁶ Op. cit.

⁵²⁷ Novak, R. et al. [1971] p. 657.

⁵²⁸ Ibidem. p.658.

⁵²⁹ Ibidem.

Las lesiones de origen central que producen amenorrea se las subdivide en tres grupos principales:

*" 1) neurógenas, 2) psicógenas y 3) hipofisarias. "*⁵³⁰

Con respecto a las amenorreas neurógenas también se afirma que existen factores psicológicos en el mecanismo de su producción. Por ejemplo en el síndrome de Stein-Leventhal, caracterizado por ovarios poliquísticos bilaterales, esterilidad e irregularidades menstruales anovulatorias, se describen de forma pormenorizada los síntomas:

*" ...que pueden manifestarse como amenorrea oligomenorrea o hemorragia uterina disfuncional. Suele haber un grado ligero o neto de hirsutismo. La única condición aislada que tiene que existir siempre para confirmar el diagnóstico es la presencia de ambos ovarios aumentados de volumen. En resumen el cuadro clínico es el de una paciente con el dato paradójico de producción excesiva de gonadotropina y predominancia de LH sobre FSH, con formación excesiva de esteroides ováricos, andrógenos o estrógenos. "*⁵³¹

Se admite que es un trastorno complejo y que no se conocen las causas, que además podrían ser variadas. Se menciona una de naturaleza psicológica:

*" No sabemos cuál sea la naturaleza exacta de los agentes que bloquean los centros hipotalámicos en el síndrome de Stein-Leventhal pero (...) tendría que considerarse la alarma emocional. "*⁵³²

A su vez la amenorrea psicógena, denominada *psicosomática*, se vuelve a dividir en *psicosis mayores* y *psicosis menores*, *choque emocional*, *pseudociesis* y

⁵³⁰ Novak, R. et al. [1971] p.p. 656, 657.

⁵³¹ Op. cit. p. 664.

⁵³² Op. cit. p. 667.

*anorexia nerviosa.*⁵³³

En las psicosis se subraya que existe una función hipofisaria disminuida:

*"Los estudios endocrinos revisados por Ray, Nicholson-Vailey y Grappl indican que la vía común final para la producción de amenorrea depende de una función hipofisaria disminuida."*⁵³⁴

Este tipo de amenorrea es descrito como un síntoma relacionado con el trastorno psiquiátrico pero sin determinar si es un factor causal o está producido por él:

*"La psicosis que más frecuentemente acompaña a la amenorrea es un estado depresivo. Sin embargo según Kroger y Freed, también puede ocurrir amenorrea en los trastornos psiquiátricos menos intensos, y a veces es manifestación de falta de madurez emocional que expresa manifiestamente la actitud subconsciente de disgusto de la paciente por el coito, miedo al embarazo o a la promiscuidad."*⁵³⁵

Se considera que el método para diagnosticar la causa psicológica carece de dificultad. Simplemente lo que tiene que hacer el médico es preguntar a la paciente por algún suceso negativo de su vida que, si se encuentra, se convierte en explicación de la amenorrea:

*"Algunos de estos procesos son relativamente fáciles de diagnosticar, como la amenorrea que aparece inmediatamente después de una experiencia emocional desafortunada."*⁵³⁶

Si no se encuentra un suceso negativo, también se puede seguir

⁵³³Novak, R. et al. [1971] p. 672

⁵³⁴ Ibidem.

⁵³⁵Novak, R. et al.[1971] p. 672.

⁵³⁶Novak, R. et al. [1971], p. 672.

atribuyendo a la psicología de la paciente, siempre y cuando el médico establezca que la mujer es emocionalmente inestable. El autor no explica el criterio que debe seguir el médico para diagnosticar a una mujer de inestabilidad emocional. Tampoco se indica una pauta de actuación terapéutica y se recomiendan que el tratamiento sea de tipo psiquiátrico a pesar de reconocer que "resulta poco halagüeño." ⁵³⁷

Otra clase de amenorrea psicógena es la llamada "pseudociesis" en cuya descripción se mezclan características biológicas y psicológicas:

*"1) obsesión de embarazo; 2) aumento de peso; caracteres sexuales secundarios y órganos pélvicos normales; 4) lactancia y 5) trastorno del mecanismo ovulatorio."*⁵³⁸

En ese caso el ginecólogo también puede resolver el problema y de forma implícita se le describe como un profesional concedor de la psicología femenina:

*" Como la base de este trastorno muchas veces es el deseo de la paciente de quedar embarazada, y la imposibilidad de lograrlo, el problema suele poderse resolver con un ginecólogo sin ayuda psiquiátrica. Una discusión y exposición de sus problemas, junto con la iniciación de un estudio de infertilidad, muchas veces bastan para mejorar netamente a la enferma."*⁵³⁹

Otro de los manuales de ginecología se ocupa de un grupo más amplio de amenorreas patológicas a las que llama *funcionales* y atribuye su causa a la psicología de la paciente. Entre las que se citan están los estados de agotamiento producido por "tensiones espirituales." ⁵⁴⁰ También se relacionan con la psicología de la mujer que las padece:

⁵³⁷ Op.cit.

⁵³⁸ Ibidem.

⁵³⁹ Op. cit.

⁵⁴⁰ Pcschyrembel, W. [1971] p.575.

*"... las amenorreas de origen hipotalámico, mucho más frecuentes, se basan en insultos físicos o psíquicos, enfermedades psíquicas tales como depresiones esquizofrenia, embarazo nervioso, traumatismo, shock, situaciones de conflictos psíquicos, causas emocionales."*⁵⁴¹

En resumen, los textos de ginecología se ocupan de la mente de la mujer y la consideran capaz de generar síntomas en el sistema reproductivo. La mayoría de las veces el ginecólogo se presenta como experto capaz de entender la relación entre psicología y síntomas ginecológicos.

8. El sistema reproductivo generador de alteraciones psicológicas.

La idea de que la mente y las funciones reproductivas están conectadas en la mujer, también sirve de fundamento para afirmar que ciertas etapas del ciclo reproductivo producen efectos en la psicología femenina.

Una de ellas es la que precede a la menstruación que se considera conectada con una serie de manifestaciones clínicas y recibe el nombre de *síndrome premenstrual*. En una de sus primeras descripciones se caracterizaba como un sentimiento de tensión indescriptible que la mujer experimenta entre siete y diez días antes de la menstruación y es causante de irritación cansancio y que se alivia realizando acciones locas y enfermas.⁵⁴² También se afirmaba que en la fase premenstrual las mujeres se volvían irresponsables, violentas, predispuestas a los accidentes y con tendencias suicidas, por lo que no se podía confiar en ellas.⁵⁴³

⁵⁴¹ Ibidem.

⁵⁴² Esta descripción pertenece al Dr. Robert Frank y fue realizada en 1.931. Renzetti, C. M. y Curran, D.[1989].

⁵⁴³ Esa era la opinión de la doctora Katarina Dalton quien popularizó en la década de los cincuenta el síndrome premenstrual. Fausto-Sterling, [1985] Fiezer et al. [1978].

Los síntomas que conforman este síndrome son de naturaleza muy variada tales como:

*"...nerviosismo, irritabilidad, inestabilidad emocional, depresión y posibles cefaleas, edema."*⁵⁴⁴

En los textos de medicina se subrayan los síntomas de carácter psicológico:

*"... alteraciones del humor y efectos psicológicos: irritabilidad depresión, falta de control, agitación, ira, insomnio, dificultad de concentración, nerviosismo y fatiga intensa."*⁵⁴⁵

Este cuadro clínico recibe en ocasiones el nombre de *tensión premenstrual* y en su manifestación leve presenta síntomas como:

"... gran inquietud, nerviosismo o depresión".⁵⁴⁶

Pero cuando adopta su forma más grave el desequilibrio psicológico de la enferma es muy alarmante:

*"... el estado de la paciente se acerca al de una psicópata, con notables cambios de carácter y estallidos emocionales que le crean grandes dificultades en las relaciones con el médico y con la familia."*⁵⁴⁷

Los autores insisten en mencionar que en los días anteriores a la menstruación *todas* las mujeres padecen ciertas alteraciones psíquicas. Según un

⁵⁴⁴ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 1888.

⁵⁴⁵ Op. cit. p.1889.

⁵⁴⁶ Novak, R. et al. [1971] p. 730.

⁵⁴⁷ Ibidem.

texto los síntomas psicológicos aparecen siempre:

"Alteraciones psíquicas (aprox. 100 por 100): nerviosidad, afectabilidad, trastorno psíquico y depresión." ⁵⁴⁸

A veces mencionan síntomas digestivos mezclados alteraciones de carácter psíquico:

"... irritabilidad, nerviosismo, fatigabilidad y dispepsias nerviosas." ⁵⁴⁹

Se llama la atención sobre las consecuencias sociales de esta patología porque, según los médicos, las mujeres que lo padecen frecuentemente se involucran en conflictos:

"La importancia social, discusiones en familia, en los lugares de trabajo, etc., a causa de la irritabilidad agresiva de la mujer en el premenstruo, es mayor que la médica". ⁵⁵⁰

La etiología del SPM, tal como se describe, parece bastante confusa. Algunos autores examinan la posibilidad de que tenga un origen neurológico:

"... un cortejo de síntomas de irritabilidad nerviosa, que han inducido a creerlo como primariamente debido a una hiperexcitabilidad nacida en el córtex o hipotálamo." ⁵⁵¹

Otros plantean la hipótesis de la retención estrogénica:

"Los primeros estudios del problema se deben a Frank, quien relacionó

⁵⁴⁸ Pschyrembel, W. p. [1977] p. 609.

⁵⁴⁹ Farreras, V. y Rozman, C. [1982] p. 701.

⁵⁵⁰ Pschyrembel, W. [1977] p. 609.

⁵⁵¹ Farreras Valentí, P. y Rozman, C. [1982] II, p. 701

los síntomas con una retención de estrógenos debida a un umbral de eliminación renal elevado." ⁵⁵²

Sin embargo, después de exponerla, en el mismo textos los autores la cuestionan llamando la atención sobre el hecho de que no está probada:

*"Aunque todavía no se han demostrado valores elevados de estrógeno en sangre."*⁵⁵³

No obstante, en algunos manuales se incluye el síndrome dentro del grupo de los trastornos llamados hiperestronismos:

"Es un síndrome producido por la dominancia de los estrógenos sobre la progesterona." ⁵⁵⁴

Hay autores que consideran probada la retención de estrógenos en la retención de líquidos:

*"Se afirma que estudios metabólicos iniciales efectuados por Thorn en la especie humana y por Krohn y Zuckerman en el mandril han confirmado el papel del estrógeno en la retención de líquido."*⁵⁵⁵

Aunque la confusión aumenta cuando los mismos autores reconocen que la relación con los estrógenos es cuestionable porque:

"... aunque algunas pacientes muestran edema preovulatorio y premenstrual paralelo al grado de secreción ovárica de estrógenos, como en la dismenorrea, la tensión premenstrual suele ocurrir en el ciclo ovulatorio, ligada, cuando menos circunstancialmente, a la

⁵⁵²Novak, R. et al., [1971] p. 631.

⁵⁵³ Ibidem.

⁵⁵⁴ Farreras Valentí, P. y Rozman, C.[1982] p. 701.

⁵⁵⁵Novak, R. et al. [1971] p. 731.

*secreción de progesterona."*⁵⁵⁶

Se sigue reconociendo que no existe aumento de ninguna hormona ovárica y que el equilibrio se mantiene:

*"... no se ha demostrado anomalía en la producción de la hormona ovárica ni en su metabolismo, y que el equilibrio hormonal es normal porque la mayoría de los pacientes (sic) conservan una función reproductora normal."*⁵⁵⁷

Así pues, por un lado afirman que los síntomas están causado por alteraciones hormonales y por otro se niega, de modo que en los textos se pone de relieve la confusión que existe con respecto a este problema.

Después se menciona la posibilidad de que el síndrome premenstrual esté producido por una alteración en las glándulas suprarrenales. Basándose en estudios que encuentran una relación entre un ligero aumento de aldosterona y el ciclo hormonal normal femenino, se establece una relación entre el edema premenstrual y esta hormona producida por las suprarrenales. Esta asociación se fundamenta en estudios realizados en animales en los que se ha demostrado que el edema desaparece con la amputación de las suprarrenales donde se produce la aldosterona:

*"Al parecer, el edema depende del aumento de la secreción de aldosterona, ya que en animales en situaciones experimentales la suprarrenalectomía suele eliminarlo."*⁵⁵⁸

No obstante en la misma página, después de haberse afirmado la etiología de carácter hormonal , se cuestiona de nuevo diciéndose que:

⁵⁵⁶Op. cit.

⁵⁵⁷ Ibidem.

⁵⁵⁸Novak, R. et al. [1971] p. 730.

*"... un desequilibrio hormonal no puede explicar la afección y si existiera cualquier tipo de desequilibrio hormonal, ciertamente debiera estar superpuesto un tipo muy específico de sistema nervioso simpático."*⁵⁵⁹

Otras causas que se mencionan son factores ambientales externos tales como:

*"...la tensión y esfuerzos diarios, alteraciones dietéticas como comidas inadecuadas o poco frecuentes, exceso de café alcohol y nicotina que influyen en el edema premenstrual."*⁵⁶⁰

Reconociéndose expresamente que no se ha conseguido descubrir la causa, los ginecólogos recurren a los factores psíquicos para explicar la aparición de la patología y la relacionan con la personalidad femenina afirmando que:

*"Así mismo desempeñan un papel muy importante los factores psíquicos(Morton entre otros)(...) las mujeres que padecen el edema premenstrual son aquellas que tienen hábito pícnico."*⁵⁶¹

Otros autores también asocian la tensión premenstrual con una personalidad de tipo psicótico.⁵⁶²

Cuando se tratan conjuntamente la tensión premenstrual y el edema, se mezclan los factores causales hormonales y psicológicos:

"... al parecer, podemos considerar que la tensión premenstrual y el

⁵⁵⁹ Ibidem.

⁵⁶⁰ Phsyrembel,W. [1977] p. 610.

⁵⁶¹ Ibidem. Este es un concepto usado por los médicos para relacionar la personalidad del paciente con ciertas características físicas como obesidad estatura etc.

⁵⁶² Novak, R. et al. [1970] p. 630. Los autores dicen que su afirmación se fundamenta en un estudio de Cooper, pero no da la referencia.

edema dependen de un aldosteronismo secundario con tres componentes principales que contribuyen a la patogenia. Primero y ciertamente fundamental está la personalidad psicótica, segundo la tensión ambiental y tercero está la desviación de la fisiología ovárica que es, para decirlo así, la gota que hace rebasar el vaso, al producir un aldosteronismo secundario.” ⁵⁶³

Aunque se citan estudios que relacionan el edema con la aldosterona para probar que esta hormona está implicada en el trastorno,⁵⁶⁴ no se menciona ningún trabajo o argumento que sirva para sustentar que su causa sea de naturaleza psicológica. No obstante se concluye como si estuviera probado que la psicología femenina produce el edema premenstrual y cuando se describe la patogenia de este trastorno se dice:

*“Por consiguiente, podemos imaginar el cuadro de un ama de casa atormentada, dotada de una personalidad psicótica, que hacia su cuarta década está agobiada por una ansiedad mayor de la que puede soportar. Habiendo ovulado, está ahora produciendo progesterona y cantidades aumentadas de estrógeno, que le causan ligera retención de líquido, creando así el círculo vicioso que produce síntomas de jaqueca, irritabilidad, depresión y sudación (Frank) El edema intercelular por sí mismo entonces causa aumento de tensión, cefalea y ansiedad. La ansiedad estimula más producción de aldosterona y por lo tanto el síndrome aumenta de proporción. A menudo es difícil saber donde empieza la cadena y como interrumpirla.”*⁵⁶⁵

Se presenta a la mujer como ama de casa con una personalidad conflictiva que tiene gran ansiedad a los cuarenta años y ésta se establece como factor que pone en marcha una cadena de síntomas psicológicos unidos a otros físicos,

⁵⁶³ Novak, R. et al.[1970] p.731.

⁵⁶⁴ Véase anteriormente en la p. 40. . También en Novak, R. et al.[1970] p. 630.

⁵⁶⁵Novak, R. et al.[1970] p.p.731 y 732.

relacionándose todos ellos con la retención de líquidos. De modo que la edad de la mujer también se propone como causa del síndrome premenstrual:

"Es interesante que las pacientes de mayor edad señaladas por Reich mostraron mayores aumentos de aldosterona en la fase premenstrual, y esto puede relacionarse con el hecho de que la afección es mas frecuente durante los últimos años de la tercera y los primeros años de la cuarta década de la vida."⁵⁶⁶

Sin embargo no se menciona el mecanismo que falla en determinada edad. Por el contrario se vuelve a poner el peso de toda la justificación en la psicología, subrayando que a determinada edad algunas mujeres tienen una debilidad emocional que les impide manejarse de forma saludable cuando tienen responsabilidades:

"Nos hemos inclinado a atribuirlo a la tensión adicional que soportan la mayoría de las pacientes, relacionada con el aumento de responsabilidad propio de la edad."⁵⁶⁷

En el tratamiento se recomienda no realizar amputaciones ginecológicas:

"No recurramos a procedimientos quirúrgicos como intento terapéutico desesperado. Según nuestra experiencia, sobre todo en pacientes con edema, seguirán los síntomas incluso con una ovariectomía bilateral e histerectomía."⁵⁶⁸

Como después de afirmar y negar la explicación de tipo biológico sólo se ha mantenido incuestionada la explicación psicológica no sorprende que los autores propongan como tratamiento la conversación:

⁵⁶⁶ Op. cit. p. 632.

⁵⁶⁷ Ibidem.

⁵⁶⁸ Novak, R. et al. [1970] p. 733.

"El hecho de hablar sobre los síntomas puede hacer aumentar su comprensión y producir una modificación en las actividades que reduzca la tensión." ⁵⁶⁹

Aunque no se explica que tipo de conversación tiene efectos terapéuticos pero se supone que las mujeres que padecen este síndrome poseen deficiencias físicas y emocionales de modo que se recomienda como tratamiento:

"... producir una modificación en las actividades que reduzca la tensión." ⁵⁷⁰

Además, para tratar los trastornos psíquicos que forman parte del síndrome premenstrual:

"Se pueden utilizar tranquilizantes (...) en pacientes con irritabilidad nerviosismo y falta de control, especialmente cuando no pueden variar el ambiente determinante del estrés." ⁵⁷¹

Para los ginecólogos, la mujer que padece este trastorno es heterosexual y con pareja. Consideran que para el tratamiento resulta muy importante:

"La intervención del compañero, directa o indirectamente, puede ayudar a ambos a sobrellevar el SPM." ⁵⁷²

En definitiva, a pesar de ser una alteración ginecológica es intensamente relacionado con la personalidad femenina y se recomiendan que para su

⁵⁶⁹ Berkow, R.et al. (eds.) p. 1889.

⁵⁷⁰ Ibidem.

⁵⁷¹ Berkow, R.et al.(eds.) [1989] p. 1889.

⁵⁷² SPM por "síndrome premenstrual. Op. cit. p. 1889.

tratamiento:

*"El psiquiatra es un recurso mucho mejor."*⁵⁷³

Como consecuencia de esta psicologización el síndrome premenstrual ha pasado a formar parte del catálogo de alteraciones psiquiátricas. En 1987 la Asociación Americana de Psiquiatría en medio de una gran controversia añadió el SPM a la tercera edición revisada del *Manual de Diagnóstico y Estadística*.⁵⁷⁴ En psiquiatría ha pasado a llamarse *desorden disfórico de la fase lútea tardía*. La Asociación Psiquiátrica Americana ha fijado algo los criterios para diagnosticar el SPM. No se identifica por sus síntomas que, como se ha explicado anteriormente, son tan numerosos y varían tanto de mujer a mujer que es muy difícil elaborar con ellos un cuadro clínico. Tampoco pueden unificarse relacionándolos con una causa común. Para que pueda ser diagnosticado el *desorden disfórico de la fase lútea tardía* lo importante es que durante la semana anterior al comienzo de la menstruación, se padezcan al menos cinco de los diez síntomas enunciados por la *Asociación Psiquiátrica Americana* y deben disminuir dentro de los días siguientes a la aparición de la menstruación. Además los síntomas deben ser suficientemente severos como para afectar al trabajo o a las relaciones sociales o personales.

En los textos médicos se le atribuyen síntomas muy diferentes.⁵⁷⁵ En lo que todos coinciden es en mantener que la mayoría de las alteraciones son psicológicas y su causa la personalidad psicótica de la paciente. Quienes defienden su existencia, la sustentan, sobre la suposición de las fluctuaciones hormonales del ciclo reproductivo femenino alteran la mente.

Sin embargo no parece que los estudios realizados puedan haber llevado a tales conclusiones. Cuando se ha investigado una posible relación entre los cambios de conducta de las mujeres y las distintas fases del ciclo menstrual, los

⁵⁷³Novak, R. et al. [1971] p. 733.

⁵⁷⁴ En inglés: *Diagnostic and Statistical Manual* como DSM-III-R). El DSM es el manual clasificatorio de la profesión psiquiátrica.

⁵⁷⁵ Véase el capítulo cuatro.

resultados conseguidos han sido muy discutidos. Algunos trabajos refieren haber encontrado que las mujeres tienden a sentirse menos capaces de enfrentarse a los problemas cotidianos durante la fase premenstrual de sus ciclos que durante su fase ovulatoria.⁵⁷⁶ Sin embargo la metodología de estas investigaciones ha sido cuestionada señalándose que la recogida de los datos ha sido defectuosa.⁵⁷⁷ Porque casi todos los estudios están basados en sujetos que auto refieren la aparición de sus síntomas premenstruales. Este método no es fiable por varias razones. En primer lugar se ha probado que cuando en los estudios, el sujeto experimental tiene que responder a preguntas sobre sus experiencias pasadas, en las respuestas tiende a aparecer un aumento significativo de afirmaciones. Así pues la forma de recuperar datos retrospectivamente se manifiesta influida por las preguntas del investigador y arrojan resultados muy diferentes si se comparan con los datos conseguidos mediante estudios en los que las mujeres van registrando sus síntomas diariamente y sus ciclos.⁵⁷⁸ También otros trabajos prueban que existe una tendencia en las mujeres a recordar selectivamente, de entre todos los cambios de humor que tuvieron al azar, solo aquellos cambios que ocurrieron durante la fase premenstrual del ciclo.⁵⁷⁹ Además en algunas investigaciones se pone de relieve que cuando las mujeres refieren cambios negativos de humor pueden tener mas relación con los sucesos externos estresantes, por ejemplo la triple carga del cuidado de los niños, las tareas de la casa y el trabajo profesional, que con la fase del ciclo menstrual en que se encuentran.⁵⁸⁰

Al parecer la conexión que se establece entre la enorme variedad de síntomas adjudicados al SPM y la fase luteica del ciclo reproductivo femenino no es consecuencia de estudios rigurosos que lo prueben. Por el contrario es producto de una creencia que todos los médicos comparten, a saber, que la mente femenina conectada con sus órganos reproductivos se altera en algunas

⁵⁷⁶ Friedman et al. [1980].

⁵⁷⁷ Blume, E. [1983] p.2866.

⁵⁷⁸ Sommer, B. [1983] ; Koeske , R. [1983].

⁵⁷⁹Wisdom y Ames (1988. p.319).

⁵⁸⁰Golub, S.[1992].

etapas del ciclo menstrual. Esta creencia hace que los médicos relacionen cualquier cambio en la psicología femenina con algún momento de su ciclo reproductivo. Así se constata en un estudio en el que se pidió a un grupo de estudiantes de medicina que evaluaran la conducta de unas pacientes. En cada caso se incluía información, que era falsa, sobre cual era la situación de la paciente con relación a su ciclo menstrual. Los resultados fueron concluyentes. Cuando los estudiantes pensaban que la paciente estaba en la fase premenstrual de su ciclo atribuyeron cualquier conducta hostil agresiva o negativa de la paciente a esta etapa de su biología. Sorprendentemente atribuyeron las conductas positivas de este periodo a factores no biológicos⁵⁸¹ Las asociaciones que equivocadamente establecieron se sustentaba en la creencia de que el sistema reproductivo producía efectos negativos en la mente de las mujeres.

En definitiva, el hecho de que el síndrome premenstrual haya pasado al ámbito de la psiquiatría ha legitimado la idea de que el sistema reproductivo de la mujer está conectado con su mente y tiene la capacidad de alterarla. Al cambiar el código ginecológico 307.90 que tenía esta patología por el código psiquiátrico 300.90⁵⁸² y pasar del área de la salud física al área de la salud mental, la idea de que la mente de la mujer es vulnerable porque está dominada por su sistema reproductor adquiere legitimidad científica también en el siglo XX.

La medicina también mantiene que en la menopausia, cuando cesan las funciones reproductivas, se producen desórdenes mentales y conductuales. Según algunos autores los síntomas son:

*"...ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, depresión, fatiga, pérdida de memoria, incapacidad de concentración y aumento de peso."*⁵⁸³

Algunos manuales de ginecología distinguen entre dos tipos de alteraciones psicológicas que pueden producirse en la menopausia.

⁵⁸¹Koeske, R. [1983].

⁵⁸² Cit. en Renzetti, C.M. et al. [1995] p.50.

⁵⁸³ Berkow, R.et al.(eds.) [1989] p. 1863.

*" ...las ligeras depresiones que presentan algunas mujeres menopáusicas especialmente aquellas con síntomas vasomotores intensos y las agobiadas de dificultades domésticas, no deben confundirse con las verdaderas psicosis involutivas. "*⁵⁸⁴

Otros textos de ginecología aumentan el número de síntomas psicológicos. De estos trastornos psíquicos se dice que:

*"Se trata de manifestaciones sorprendentes en la postmenopausia; Especialmente característica es la labilidad emocional, además de la irritabilidad, la falta de ánimo, decaimiento, la sensación de miedo y hasta la depresión. A esto hay que añadir, intranquilidad, desgana para el trabajo, falta de estímulo. "*⁵⁸⁵

En el recuento de alteraciones psicológicas, en los textos se enumeran algunas de naturaleza variada. Se dice que en la mujer menopáusica:

*"... el ánimo y el espíritu de lucha se modifican en sentido positivo o negativo y no es rara la aparición de una melancolía con tristeza habitual y ganas de llorar. "*⁵⁸⁶

Se considera que la misma causa pueden producir efectos opuestos:

*" Otras mujeres adoptan una mayor inquietud y se vuelven excéntricas con ansiedad y erotismo exagerado. En fin existen otras cuya serenidad de juicio se enriquecen cobrando una estabilidad que no poseían. Lo que es cierto es que casi siempre, en un sentido o en otro existe un cambio de ánimo y de personalidad. "*⁵⁸⁷

⁵⁸⁴Novak, R. et al. [1970] p. 723.

⁵⁸⁵Pschyrembel,W. [1977] p. 631.

⁵⁸⁶Farreras Valentí, P. y Rozman, C. [1982] vol. II p.797.

⁵⁸⁷Ibidem.

Los manuales de medicina después de hacer una enumeración de los trastornos psíquicos que se desencadenan en la menopausia, afirman que las mujeres no deben temer esta etapa de la vida manteniendo que están equivocadas cuando esperan que en ella aparezcan trastornos psíquicos:

*" Finalmente aún hay muchas mujeres que temen que la menopausia lleve peligrosamente a la locura (...) las ligeras depresiones que presentan algunas mujeres menopausias, especialmente aquellas con síntomas vasomotores intensos y las agobiadas de dificultades domésticas, no deben confundirse con las verdaderas psicosis involutivas. "*⁵⁸⁸

Se supone que los síntomas se producen por la vida inactiva y falta de intereses que tienen las mujeres. La idea de que el aburrimiento puede estar implicado en la aparición de los síntomas lleva a afirmar que:

*"Un nuevo interés intelectual - especialmente si se acompaña de recompensa monetaria o emocional- es la mejor curación para este tipo de depresión..."*⁵⁸⁹

Se insiste en que la mayoría de las mujeres menopáusicas no necesitan tratamiento alguno en esta fase:

*"... lo único que se necesita es devolverles la confianza y someterlas a reeducación."*⁵⁹⁰

Sin embargo otros manuales de ginecología insisten en mantener que en la menopausia se produce un intenso desequilibrio psíquico:

⁵⁸⁸Novak, R. et al. [1971] p. 723.

⁵⁸⁹ Op. cit.

⁵⁹⁰ Ibidem.

"El dominio de las reacciones psicológicas al cesar las reglas pertenece a una de las "misiones más difíciles de la existencia de la mujer" (Helene Deutsch).⁵⁹¹

Con respecto a la etiología de tales síntomas algunos autores subrayan que no se deben a los cambios endocrinos sino que responden a una reacción de carácter psicológico que experimenta la mujer por haber perdido la capacidad de concebir. Los autores que mantienen esta etiología identifican sexualidad femenina y función reproductora:

" Hayser y col. opinaban, con razón, que las alteraciones psíquicas no son con mucho la expresión de la transformación orgánica o endocrina, sino que es más fácil que se trate de reacciones psicógenas al final de la madurez sexual."⁵⁹²

Los autores describen de manera muy directa el efecto devastador que supuestamente produce en la psique femenina haber perdido la capacidad de procrear:

"La devaluación amenazadora de los genitales, como órgano de procreación, es una sobrecarga psíquica sobre todo para las estériles y las involuntariamente solteras."⁵⁹³

La medicina valora negativamente un estado biológico en el que la mujer ha perdido la fertilidad y supone que en la menopausia también ha perdido al marido y su atractivo físico:

"Se observa un descenso apreciable de la vitalidad, capacidad de

⁵⁹¹ Ibidem.

⁵⁹² Pschyrembel,W. [1977] p. 631. Las cursivas son mías.

⁵⁹³ Ibidem.

trabajo y estímulo. La contemplación en el espejo muestra que desaparece el encanto femenino. Los hijos salen de la casa en esta época de la vida y, con frecuencia, pierde la mujer a su marido y queda sola. No raramente siente la mujer, que nota su menor capacidad de trabajo, que otra compañera mas joven pueda sustituirla en su empleo."

Después de describir una situación tan negativa, en los textos médicos se recomienda como medida terapéutica que el ginecólogo se ocupe de la psicología de la mujer. Una de las indicaciones es:

"... la acción educativa del médico y asegurar su tranquilidad."⁵⁹⁴

En resumen, en el síndrome premenstrual y en la menopausia se pone de relieve que la medicina establece una conexión entre funciones reproductivas y el psiquismo de la mujer. Estas dos patologías comparten algunas características. En primer lugar sus síntomas son una mezcla de alteraciones físicas y psíquicas y su etiología no está claramente establecida. En ambas se mantiene de forma incuestionada la convicción de que el sistema reproductivo está conectado con la mente de la mujer y que sucesos de tipo ginecológico tienen efectos psíquicos. En ninguno de los dos síndromes la medicina explica cual es el mecanismo mediante el cual se produce la conexión que produce las alteraciones psicológicas. Sin embargo esa conexión se considera incuestionable porque forman parte del concepto de mujer que utiliza como supuesto la medicina.

9. Factores psicológicos y enfermedades padecidas mayoritariamente por mujeres.

Existen otras enfermedades que aunque son de naturaleza no ginecológica

⁵⁹⁴Novak, R. et al. [1971] p. 723.

la medicina también relaciona con la psicología femenina. Son patologías de causa desconocida, algunas de ellas muy graves, que padece un número importante de mujeres.

Una de ellas es el *Lupus* que puede presentarse en dos cuadros clínicos diferentes. El llamado *Lupus eritematoso discoide* es una enfermedad padecida mas frecuentemente por mujeres de edades comprendidas entre 30 y 40 años. La más grave recibe el nombre de *Lupus eritematoso sistémico* y es una patología de naturaleza sistémica en la que están afectados órganos diferentes y que es padecida por mujeres en un 90%, especialmente jóvenes.⁵⁹⁵

Se considera que el factor causal de esta gravísima enfermedad es la naturaleza femenina:

"... la feminidad se considera un factor causal porque la padecen fundamentalmente mujeres en edad fértil."⁵⁹⁶

En las etapas tempranas de esta enfermedad existen pocos síntomas y a veces es necesario que se desarrolle durante 7 años antes de que estos coincidan con los del patrón tipo. Así que su diagnóstico puede retrasarse considerablemente. Se constata que:

"... el lupus puede ser confundido con desórdenes psiquiátricos."⁵⁹⁷

Entre los numerosos síntomas que se mencionan aparece citado el cambio de conducta.⁵⁹⁸

La fibromialgia primaria es otra patología padecida mayoritariamente por mujeres que se relaciona médicamente con la psicología de la paciente. Se describe como:

⁵⁹⁵ Berkow, R. et al.(eds.)[1989] p.1416.

⁵⁹⁶Fauci et al (eds.) [1998] p.1875.

⁵⁹⁷ Op. cit. p.1874.

⁵⁹⁸Farreras Valentí, P. y Rozman, C. [1982] vol.I, p. 958.

*" Grupo de trastornos reumáticos no articulares frecuentes, caracterizado por dolor, hipersensibilidad a la presión y rigidez de músculos, áreas de inserción tendinosa y partes blandas adyacentes."*⁵⁹⁹

En el apartado dedicado a la etiología se describe la personalidad de la paciente:

*"El síndrome de fibromialgia primaria es especialmente frecuente en mujeres jóvenes sanas, con tendencia a ser tensas depresivas, ansiosas y luchadoras."*⁶⁰⁰

Considerar significativas características psicológicas tan dispares como "tendencia a deprimirse" o "ser luchadoras" implica afirmar que es la personalidad de la paciente la que en cualquier caso está relacionada con la patogenia de la enfermedad.

Cuando en los manuales médicos se dice que este trastorno también es padecido por adultos, se refieren a adultos varones. Y en ese caso ya no se alude a su psicología:

*"...pero también puede presentarse en niños o en adultos mayores, con frecuencia asociados a alteraciones menores de artrosis vertebral."*⁶⁰¹

En estos casos ya no se alude a la psicología del paciente para explicar la patogenia de la enfermedad y no se considera que la enfermedad sea *primaria* como en el caso de las mujeres sino debida a una causa externa:

"En los varones es mas frecuente la fibromialgia localizada en relación

⁵⁹⁹ Berkow, R. et al.(eds.) p.[1989] p. 1413.

⁶⁰⁰ Berkow, R. et al.(eds.) [1989] p. 1414.

⁶⁰¹ Ibidem.

con un esfuerzo laboral o deportivo especial."⁶⁰²

De modo que cuando la padecen los varones, no se asocia a la personalidad masculina y al considerarse que los síntomas de la fibromialgia secundaria han sido producidos por un agente causal externo, son considerados reales.

Por el contrario en la descripción general de la fibromialgia primaria que padecen mayoritariamente las mujeres, el dolor y los espasmos son considerados psicogénicos a pesar de reconocerse la existencia de lesiones objetivas:

"En los músculos puede haber alteraciones histopatológicas leves e inespecíficas." ⁶⁰³

Y se mantiene que están producidas por el estrés que de este modo se le hace responsable de los síntomas:

"A menudo la fibromialgia desaparece espontáneamente al reducirse el estrés, pero puede hacerse crónica y recidivar a intervalos frecuente." ⁶⁰⁴

Por consiguiente se sostiene que el tratamiento adecuado será el que actúe sobre la psicología de la paciente:

*"...tranquilizar a la paciente y explicar la naturaleza benigna de este síndrome (...) y antidepresivos cíclicos."*⁶⁰⁵

Los trastornos de la alimentación tales como anorexia y bulimia, también

⁶⁰² Op. cit.

⁶⁰³ Op. cit.

⁶⁰⁴ Ibidem.

⁶⁰⁵ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 1415.

son padecidos mayoritariamente por mujeres, se asocian con la psicología femenina. De la anorexia se dice que:

" Es una enfermedad de la adolescencia caracterizada por grave desnutrición, sin letargia asociada. "606

Esta enfermedad, a pesar de ser un trastorno de la conducta alimenticia, aparece en el tratado de ginecología.⁶⁰⁷ Los autores subrayan que no es un trastorno ginecológico aunque uno de sus síntomas sea la amenorrea, porque:

"...cualquier proceso patológico crónico asociado con inanición puede acompañarse de amenorrea (...) Las menstruaciones normales reaparecen cuando el proceso patológico cede o cura. " 608

Se pone de relieve que la ausencia de menstruación es un síntoma más que forma parte del cuadro cínico de la enfermedad:

"La pérdida de peso asociada es responsable secundariamente de la amenorrea. "609

Cuando se describe el cuadro clínico se menciona que los órganos sexuales presentan alteraciones:

"El examen físico demuestra emaciación, hirsutismo de tipo de lanugo fino, pelo axilar y pubiano normal, y atrofia de los genitales externos. " 610

⁶⁰⁶ Novak, R. et al. [1971] p. 673.

⁶⁰⁷ Ibidem.

⁶⁰⁸ Novak, R. et al. [1971] p. 674.

⁶⁰⁹ Ibidem.

⁶¹⁰ Op. cit.

También se indica que las enfermas presentan cambios endocrinos de naturaleza muy grave:

*"Según nuestra experiencia los datos de laboratorio son compatibles con una función hipofisaria baja o nula. Ello concuerda con los datos de Emanuel, aunque Biss y Migeon solo señalan disminución de gonadotropina. El diagnóstico diferencial entre anorexia nerviosa y panhipopituitarismo de la enfermedad de Simmons se establece por el aspecto de las pacientes y por la historia clínica."*⁶¹¹

La historia clínica es un relato sobre la vida de la paciente que busca datos significativos de alteración psicológica. Sin ningún tipo de argumentación ni datos justificativos se afirma su psicogénesis:

*" Como la causa es psicógena, el tratamiento es psiquiátrico mas que endocrino. Sin embargo dados los problemas de una personalidad hábilmente ocultada, muchas veces resulta difícil persuadir a la familia del interés o la necesidad de un tratamiento psiquiátrico. Si la paciente acepta el consejo de comer y logra ganar peso y se la atiende psiquiátricamente, las reglas aparecen en plazo de tres meses después de haber alcanzado un peso normal mínimo. Dally y Sargeant preconizan el ingreso en hospital con administración combinada de clorpromacina e insulina."*⁶¹²

La idea que dirige el tratamiento consiste en producir hibernación y alimentar a la paciente.⁶¹³ Se detalla la dosis que debe ser administrada y la

⁶¹¹ Novak, R. et al. [1971] p. 673.

⁶¹² Ibidem.

⁶¹³ La administración de insulina, que fue uno de los primeros tratamientos usados para los trastornos mentales y su efectividad terapéutica se fundamentaba en que provocaba coma. Posteriormente fue utilizada la clorpromacina como agente psicótico que procede de una variación estructural del benzodioxano y de la fenotiacina y Laborit y colegas utilizó por primera vez en 1952 para producir hibernación artificial. Korolkovas, A. y Burckhalter, J.H. [1978].

alimentación forzada:

*"La insulina se comienza con cinco unidades y se aumenta progresivamente hasta causar modorra; la dosis media por la mañana en las series publicadas es de sesenta unidades. Las series se interrumpen para dar tres grandes comidas al día. Este régimen sirve para restablecer el estado nutritivo de la paciente hasta el punto que pueda aceptar el tratamiento de sus problemas psicológicos. El proceso no debe tomarse a la ligera, por cuanto 10 al 20 por ciento de las pacientes con anorexia nerviosa acaban sufriendo desnutrición irreversible y mortal."*⁶¹⁴

El modelo de salud que para las mujeres se establece en términos de fertilidad se utiliza para mostrar que la enferma ha superado la enfermedad:

*"Había doce mujeres con este trastorno (anorexia) en nuestra serie, seis de ellas seguidas adecuadamente. Solo una paciente aceptó el tratamiento y ganó peso. Sus reglas se recuperaron pronto y desde entonces ha tenido un embarazo."*⁶¹⁵

En definitiva la anorexia se presenta como una enfermedad de causa desconocida que sólo recibe tratamiento sintomático y se afirma de manera firme su origen psicológico. Los fundamentos teóricos de tal aseveración no se explican ni tampoco se explica la relación entre las alteraciones objetivas de carácter endocrino y las características psicológicas que se adjudican a la paciente.

⁶¹⁴Novak, R. et al. [1971] p.673.

⁶¹⁵ Ibidem.

10. Conclusiones.

La medicina mantiene que los rasgos de la personalidad de las mujeres son factores que intervienen en la aparición enfermedades ginecológicas y de otras que, como el lupus eritematoso sistémico o la fibromialgia primaria, pueden ser consideradas casi exclusivamente femeninas.

Algunos autores han mantenido que la razón por la que la medicina explica estas enfermedades recurriendo a factores psicológicos se debe a que no se han podido explicar todavía dentro del modelo biologicista.⁶¹⁶

Es cierto que las enfermedades que padecen mayoritariamente las mujeres con frecuencia aparecen en los textos médicos caracterizadas como patologías de causa desconocida ya que su investigación está escasamente financiada. Por ejemplo la cistitis intersticial crónica, que en EE.UU. la padecen 450.000 personas siendo el 90% de ellas mujeres⁶¹⁷ sigue siendo médicamente desconocida. El escaso conocimiento que se tiene de esta dolencia se pone de relieve en la extensión que los textos médicos dedican a su exposición y que oscila entre 75⁶¹⁸ y 225⁶¹⁹ palabras en textos de cientos de páginas. Sin embargo no se puede mantener que ésta sea la razón fundamental por la cual la medicina relaciona las enfermedades que padecen mayoritariamente las mujeres con factores psicológicos porque patologías de etiología desconocida como el asma intrínseca, que padecen ambos en la misma proporción ambos sexos, no se relacionan con la psicología del paciente.

De hecho en los textos médicos se niega de forma expresa que el asma de causa desconocida posea algún componente psicológico:

" A pesar de haberse hablado de la existencia de una "personalidad

⁶¹⁷ Alpern, A. et al. (Eds.) [1992]

⁶¹⁸ Farreras Valentí, P. y Rozman, C.[1982] p. 926.

⁶¹⁹ Berkow, R. et al. (eds.) [1989] p. 1792.

*asmática" no parece haber diferencias caracterológicas importantes entre una población asmática y otra no asmática.*⁶²⁰

Incluso, después de describirla se insiste en subrayar que:

*"En raras ocasiones es necesaria la colaboración del psiquiatra en el tratamiento de algún asmático.*⁶²¹

La *psicologización* de las enfermedades femeninas, sin embargo, se puede explicar por la idea que tienen los médicos sobre la psicología de la mujer y está íntimamente conectada con un modelo de salud mental que psiquiatras y psicólogos siguen manteniendo en el siglo XX. En él la psicología femenina se describe en términos de características defectuosas porque se la considera, por definición, desviada de la norma que está representada por los rasgos psíquicos de los varones mentalmente estables.

Este modelo, que representa la psicología femenina con las características de pasividad y tendencia al desequilibrio emocional, está presente en los manuales habitualmente usados por los profesionales de la salud y hace que en ellos las mujeres sean caracterizadas como débiles, sugestionables, emocionalmente desequilibradas, irracionales, manipuladoras e incapaces de soportar cualquier forma de estrés.

Los médicos suponen que la mente de la mujer tiene una tendencia al desequilibrio mental porque está debilitada por sus funciones reproductivas. Mantienen de manera implícita que su mente y su sistema reproductivo están conectados y que esa conexión debilita su salud mental. Y afirmando una relación causa-efecto de dos direcciones sostienen que la debilidad mental femenina hace que la mujer tenga dificultades para manejar sus emociones de modo que puede ser muy difícil para ella manejarse apropiadamente en los problemas y tensiones normales de la vida. De modo que su inestabilidad psicológica puede a su vez producir diferentes síntomas físicos.

⁶²⁰Farreras Valentí, P. y Rozman, C. [1982]vol. II p.675.

⁶²¹ Ibidem.

Sin embargo, cuando la medicina relaciona ciertas enfermedades femeninas con factores de naturaleza psicológica no describe el mecanismo mediante el cual se produce la relación causa-efecto. Y no lo hace porque lo considera innecesario ya que la idea de que mente y sistema femenino están conectados y que por tanto pueden producirse interacciones mutuas, forma parte de sus supuestos. Esta creencia forma parte de la ideología masculina de la cultura occidental y está unida a la idea de que la mujer tiene una mente caótica y desordenada. Ambas pasaron a formar parte del concepto científico de naturaleza femenina y los científicos biomédicos las unieron al explicar que la mente femenina tenía una tendencia natural al desequilibrio mental porque estaba conectada con su sistema reproductivo. Esa noción de mujer ha permanecido en la medicina del siglo XX.

Consideraciones finales.

En el siglo XX la medicina occidental entra en un periodo que, siguiendo la terminología de Kuhn, puede considerarse de *ciencia normal*. En esta fase de estabilidad y gran productividad los médicos han conseguido grandes logros trabajando dentro de un marco que contiene el significado de los conceptos fundamentales, los límites legítimos de la investigación, las teorías básicas, los métodos de investigación aceptados y los valores con los que investigadores y clínicos están comprometidos. Este conocimiento tácito, normalmente no se enseña de forma explícita en las facultades de medicina pero constituye el sistema dentro del cual los médicos razonan cuando se ocupan de los problemas de salud y está implantado en los contenidos de los libros de texto y en las publicaciones científicas.

En el paradigma de la medicina del siglo XX la salud se concibe como ausencia de enfermedad y ésta se explica, usando la metáfora mecanicista, como un fallo en el funcionamiento biológico del cuerpo. Las investigaciones, dirigidas por valores cognitivos, pretenden descubrir el mecanismo de producción o transmisión de las patologías y sus posibles tratamientos, utilizando el método de la ciencia, sometiendo a prueba las hipótesis a través de la experimentación en laboratorio y con ensayos clínicos doble ciego aleatorizados. Los límites que impone el paradigma, dentro de los cuales tienen que plantearse las hipótesis, exigen definir los problemas de salud en términos adecuados para que puedan ser resueltos con sus métodos legítimos. Y como mantiene el modelo biológico de enfermedad, los experimentos sólo pueden realizarse dentro del marco de los procesos biológicos, de modo que en las explicaciones no tienen cabida las relaciones mente cuerpo y en ellas no se puede aludir a fenómenos de naturaleza psíquica. Sin embargo en la medicina del siglo XX se ha mantenido un concepto de mujer impregnado de creencias y valores sociales que ha conducido a que los médicos explicaran algunas de las patologías femeninas sin respetar las reglas implícitas y los métodos del paradigma. La noción de mujer que se ha utilizado en la medicina del siglo XX ha formado parte de la tradición cultural europea y las creencias que contiene han sido producidas por el sistema de género.

En la sociedad occidental tradicionalmente el poder social y económico

ha pertenecido a los varones. En el sistema patriarcal la mujer sólo ha sido valorada por su sexualidad y sus funciones reproductivas y ha existido la idea de que la única razón de la existencia de la mujer era tener hijos. Además los varones han creído que el embarazo solo se producía cuando la mujer había experimentado placer en la relación sexual. Esta creencia, que ha sido compartida incluso por los médicos, ha hecho que en el discurso masculino se haya representado a la mujer ideológicamente con una tendencia incontrolable a procrear y un deseo sexual insaciable. Estas ideas han hecho que el sistema social controlara las funciones reproductivas femeninas con leyes que prohibían el embarazo fuera del matrimonio ya que, al transmitirse el poder social y económico a través del linaje paterno filial, los varones querían asegurarse de que sus herederos eran sus verdaderos hijos.

Sin embargo el papel que la madre tiene en el proceso reproductivo le confiere un poder que no puede ser socialmente controlado. Al producirse la gestación en su cuerpo es la primera en saber que el embarazo se ha producido cuando nota los movimientos fetales. Este conocimiento, que resulta inaccesible a los varones, ha generado la creencia social de que, en las mujeres, la mente y el útero están conectados. Además como las normas y leyes patriarcales no pueden controlar el conocimiento que encierra la mente de la embarazada sobre la paternidad del hijo, en la ideología masculina la mente femenina ha sido concebida como una entidad que no respeta el orden ni la racionalidad y, por tanto, peligrosa para el orden patriarcal que se trasmite de padres a hijos. Estas ideas están en la base de la creencia social de que la mujer es capaz de producir marcas y malformaciones en el hijo que está gestando.

La ideología que constituye el elemento cognitivo de las actitudes patriarcales ante la imposibilidad de controlar completamente las funciones reproductivas femeninas ha formado parte de las creencias populares europeas. También se pueden encontrar en los escritos de filósofos y científicos. Por ejemplo en el siglo XVII Harvey mantenía que la mente de la mujer, por estar conectada con el útero, tenía una tendencia natural al desequilibrio. En la misma época otros médicos, como Moriceau o Culpeper, iban mas allá y sostenían que esa conexión era peligrosa para el feto. Malebranche también utilizó la ideología masculina sobre la mujer y explicó

que las marcas y malformaciones de nacimiento se producían cuando la imaginación de la madre dejaba en el feto la huella de las impresiones, pensamientos o deseos.

En el primer capítulo de este trabajo se ha visto que en el siglo XVIII estas ideas formaban parte de las creencias populares de Gran Bretaña. En esa época las malformaciones congénitas se convirtieron en un problema de gran relevancia social. Los cambios que experimentó la sociedad hicieron que a los varones les preocupara extraordinariamente saber si sus hijos eran legítimos. Las costumbres sexuales se hicieron más relajadas y esa mayor permisividad condujo a que se acentuara la desconfianza masculina hacia la mujer, reforzada por la creencia de que poseía una sexualidad desbocada. Además, al aumentar la riqueza general del país las herencias se hicieron más cuantiosas de modo que la legitimidad de los herederos preocuparon más que nunca. Y como las marcas y deformidades de nacimiento, al alterar la apariencia del recién nacido destruían el parecido paterno filial que era el único signo que probaba su legitimidad, existía la necesidad social de comprender su causa.

Respondiendo a esa demanda el cirujano Daniel Turner se ocupó de explicarlas y, utilizando las creencias tradicionales sobre la mujer, afirmó que estaban producidas por la imaginación de la madre. Mantenía que a través de ella, las impresiones, pensamientos o deseos que contenía la mente de la embarazada dejaban su huella en el feto. Su explicación fue rechazada por el médico Augusto Blondel y con su réplica se puso en marcha una controversia que se mantuvo a lo largo del siglo XVIII y en la que intervinieron varios médicos.

La explicación de Turner se sustentaba en la creencia de que el útero y la mente de la mujer estaban conectados. Nunca explicó cómo era posible que una función mental, la imaginación, pudiera actuar en el útero y producir los daños fetales. A pesar de que en la ciencia de la época existían teorías en las que se postulaban entidades funcionales como la *simpatía* que permitían explicar la interacción entre órganos distantes, Turner nunca las utilizó para dar cuenta de cómo se producían las malformaciones congénitas. Su falta de argumentación se debía a que sus adversarios no cuestionaban la posibilidad de que la imaginación de la madre pudiera actuar sobre el feto y compartían

con él la creencia de que la mente y el útero estaban conectados. Blondel incluso utilizaba esa idea para rechazar la explicación de que las malformaciones congénitas eran producidas por la mente de la madre. Argumentaba que la injusticia de acusar a las embarazadas de producirlas con sus pensamientos, impresiones o deseos, desencadenaba en ellas un estado mental de angustia e intranquilidad extremas. Y utilizando la creencia social de que la mente femenina estaba conectada con el útero, afirmaba que el estado psicológico de la madre podía producir daños devastadores en el feto y llegar a provocar aborto.

El examen de esta polémica pone de relieve que la ideología masculina sobre la mujer formaba parte de los argumentos de las dos posiciones en conflicto porque impregnaba los conocimientos médicos de la época.

Las dos posiciones compartían la idea de que la mente femenina existía una tendencia al desequilibrio mental que aumentaba con el embarazo. Turner suponía que las gestantes se dejaban fácilmente dominar por deseos compulsivos de comer excesivamente, o por actividades obsesivas. Las prácticas religiosas con las que las mujeres con frecuencia intentaban paliar el temor que les producía el embarazo en una época en la que la mortalidad a él asociada era muy elevada, se interpretaban como compulsiones obsesivas. Otras veces eran acusadas de tener una actividad sexual desmedida. Y siempre eran concebidas con un psiquismo muy frágil, vulnerable ante las impresiones del exterior y dominado por obsesiones y deseos. Quienes se oponían a la explicación que Turner daba sobre las malformaciones congénitas también suponían que en las embarazadas existía una predisposición a caer en el exceso. Por ese motivo les recomendaban que tuviera prudencia en sus acciones y controlaran sus emociones y pensamientos pues podían afectar al feto y llegar a producirle la muerte.

Los médicos que intervinieron en la polémica, cualquiera que fuese su posición, estaban condicionados por la valoración negativa que el sistema de género hacía de la feminidad. Blondel defendía a las mujeres de la acusación de producir en sus hijos las marcas y deformidades con razones que procedían del animaculismo, teoría de la reproducción en la que se afirmaba que la madre no participaba en la formación del niño por que ya estaba preformado en el semen paterno. Y como animaculista argumentaba que la embarazada no

podía producir las lesiones de nacimiento porque en el embarazo ella solo era un mero contenedor pasivo. Turner, aunque admitía que el niño se formaba en el feto de la madre, convertía ese papel relevante en negativo al hacerla responsable de producir malformaciones congénitas. Así pues, el debate se desarrolló en un marco ideológico en el que se valoraba negativamente a la mujer y se la concebía con una mente desequilibrada, conectada con el útero y capaz de dejar su huella en el feto.

En el capítulo dos se ha mostrado que las creencias y valores que aparecen en la controversia moderna sobre el poder de la imaginación maternal fueron utilizadas por la ciencia del siglo XIX cuando elaboró el concepto de naturaleza femenina que permitió legitimar la desigualdad de género.

En esa época Gran Bretaña disfrutaba de una prosperidad sin precedentes gracias a la industrialización. Sin embargo el sistema económico impedía que la riqueza se distribuyera de forma equitativa porque para su funcionamiento necesitaba de la acumulación de capital. Por consiguiente capitalismo e industrialización hicieron que aumentaran de forma dramática las diferencias sociales. Esta situación entraba en conflicto con los ideales igualitarios de la modernidad que habían hecho suyos los distintos grupos sociales. Sin embargo, la desigualdad económica era imprescindible para el funcionamiento de la economía capitalista, de modo que los teóricos de la política conciliaron teóricamente democracia e injusticia social y planificaron estrategias con el objetivo de hacerlas compatibles.

Los movimientos antisistema que se habían organizado impulsados por los valores democráticos fueron desactivados por las reformas que llevó a cabo el liberalismo, convertido en la ideología hegemónica del siglo XIX. Una de ellas fue el sufragio universal masculino que fue presentado como la prueba fehaciente de que en Gran Bretaña se había alcanzado la igualdad. Las enormes desigualdades que existían entre las distintas clases sociales se relacionaron causalmente con la diferente eficacia productiva de los distintos grupos humanos. Y esas diferencias de productividad a su vez fueron atribuidas a sus diferentes capacidades naturales ya que desde la ideología liberal se argumentaba que el libre mercado garantizaba la igualdad de oportunidades.

La ciencia, consolidada en el siglo XIX como único modelo de conocimiento válido, también se implicó directamente en legitimar la desigualdad social. La antropología se configuró en el siglo XIX como disciplina científica independiente y elaboró el concepto de raza realizando una clasificación de los seres humanos a partir de sus diferentes características morfológicas, interpretadas como los signos externos de una diferente organización fisiológica y mental. De esta forma los antropólogos europeos, apoyándose en el prestigio del paradigma darwinista, establecieron que la humanidad no había alcanzado un desarrollo evolutivo homogéneo. Y partiendo de ese supuesto clasificaron los distintos grupos humanos en función del grado de desviación que, según ellos, mostraban con respecto al varón blanco, al que situaron en el lugar más alto de la escala evolutiva. De él, afirmaron que tenía una extraordinaria habilidad para coordinar impresiones sensoriales y gran capacidad para el pensamiento abstracto. En definitiva el hombre europeo quedó definido científicamente como el grupo humano con mayor inteligencia. Para medirla utilizaron la craneometría porque relacionaron el mayor o menor grado de racionalidad con el tamaño del cerebro y del cráneo. Y para clasificar a las mujeres de las distintas razas se utilizaron medidas relacionadas con sus funciones reproductivas de modo que para medir su grado de desarrollo evolutivo usaron el tamaño de la pelvis, supuestamente proporcional al volumen de las cabezas de sus hijos.

Así fue como la antropología cumplió a la perfección una de las funciones por las que en Gran Bretaña se valoraba a la ciencia, ser útil a la sociedad. Afirmando que la humanidad estaba naturalmente dividida en razas, clases y sexos, se establecía la inferioridad natural de grupos humanos enteros, por consiguiente se podía justificar la explotación de los oprimidos y el imperialismo, motores de la economía decimonónica.

En la sociedad británica del siglo XIX se mantenía la opresión femenina ya que las reformas liberales dejaron intacto el sistema de género. Las mujeres reaccionaron frente a la discriminación de que eran objeto exigiendo el derecho a voto, a la educación y al trabajo en igualdad de condiciones que los varones. El Estado Liberal ignoró las reivindicaciones feministas y reprimió duramente a quienes se organizaron para exigir sus derechos. Y es que la discriminación de la mujer era una pieza esencial del sistema económico pues, como su trabajo no

era remunerado o se pagaba con salarios míseros, favorecía la acumulación de capital. Además como la idea de la inferioridad femenina era uno de los pilares en los que se sustentaba el orden patriarcal, los varones de cualquier clase rechazaron que las mujeres se les equipararan en derechos y se opusieron mayoritariamente a la modificación del sistema de género. Los trabajadores se negaron a admitir a las mujeres obreras en los sindicatos a pesar de que en la segunda mitad del siglo componían el 30 por ciento de la población asalariada.

Sin embargo, una sociedad que defendía los valores democráticos no podía mantener un sistema injusto sin justificarlo. Necesitaba explicar que la opresión femenina no era tal y que si hombres y mujeres no disfrutaban de los mismos derechos se debía a que sus características y capacidades eran diferentes. En este contexto social los científicos se ocuparon de estudiar las características de los seres humanos de ambos sexos con el objetivo de encontrar las diferencias naturales que sustentaban el sistema de género. El estudio del dimorfismo sexual humano fue abordado en el marco del paradigma darwinista en el que se explicaban las diferencias biológicas partiendo del supuesto de que en la naturaleza existía una tendencia inmanente a la diversidad. El propio autor de la teoría de la evolución en cierto modo justificaba la opresión femenina pues afirmaba que la mujer se encontraba, con respecto al varón, en un grado evolutivo inferior. Mantenía que en ella se encontraban muy desarrolladas las capacidades intelectuales supuestamente inferiores como la percepción, intuición e imitación, mientras que la racionalidad, capacidad esencialmente masculina, estaba disminuida.

Las ciencias biomédicas establecieron que el dimorfismo sexual humano era la expresión morfológica de una división esencial de la especie que afectaba a todas las características fisiológicas y psicológicas. Los médicos sostenían que el sexo diferenciaba a la totalidad del organismo de hombres y mujeres, incluida la mente. Consideraban que aunque estaba prefijado biológicamente no se terminaba de desarrollar por completo hasta la pubertad. Era entonces cuando se desarrollaba plenamente el sexo del individuo formado por los caracteres sexuales primarios y secundarios, por las características psicológicas y conductuales sexualmente diferenciadas.

Los problemas que provocaba la interpretación esencialista del dimorfismo sexual humano ponen de relieve que los científicos, cuando se

ocuparon de estudiarlo, no estaban dirigidos por valores cognitivos. La necesidad de justificar científicamente la organización social hizo que interpretaran las diferencias sexuales de tal forma que la especie humana quedaba dividida por el sexo ya que afirmaban que hombres y mujeres eran diferentes no sólo por las estructuras anatómicas y funciones de los órganos reproductivos sino también por la totalidad de las características físicas, mentales y morales. Esta forma de concebir la diversidad sexual provocaba problemas epistémicos. En primer lugar tenía como consecuencia que los individuos de las diversas especies animales quedaran agrupados por el sexo y los hombres pasaran a formar parte del grupo de los machos y las mujeres de las hembras. Los científicos tuvieron que resolver este problema afirmando que, a diferencia de otras especies, hombres y mujeres eran racionales y sólo diferían en el grado de racionalidad. En segundo lugar, afirmar la inferioridad racional de la mujer significaba mantener una división fundamental entre los dos sexos. Para resolver esta dificultad las ciencias biomédicas postularon la existencia de un hermafroditismo esencial en el nivel embriológico en el que hombres y mujeres formaban una única especie. Era después del nacimiento cuando, al irse produciendo progresivamente la diferenciación sexual, la especie se iba dividiendo.

Así pues, cuando los científicos dirigidos por valores contextuales establecieron que hombres y mujeres eran física y mentalmente distintos, provocaron problemas que tuvieron que resolver con un enorme esfuerzo teórico. Para encontrar un nexo que restaurara la división que ellos mismos habían producido en la especie humana, buscaron similitudes entre los órganos sexuales masculinos y femeninos, afirmando, por ejemplo, que el clítoris de la mujer era un pene atrofiado. También intentaron unificar los dos sexos afirmando que hombres y mujeres estaban sometidos a la ley de la *periodicidad vital*. Y, utilizándola, algunos médicos mantuvieron que en los dos sexos existían hemorragias periódicas y llegaron incluso a afirmar la existencia de una pseudo-menstruación masculina. De este modo, intentaron restaurar la división que habían provocado en la especie humana con su forma de interpretar el dimorfismo sexual, sosteniendo que existía similitud en las estructuras funcionales y anatómicas de los órganos sexuales que eran precisamente en las que ambos sexos diferían.

Las creencias y valores sociales también condicionaron el estudio de la mujer que fue abordado por la medicina en el seno de la ginecología. Esta especialidad tiene sus orígenes en el siglo XVIII cuando los varones desplazaron a las matronas de una actividad que siempre habían realizado, la asistencia a los partos. Desde entonces, lo que había sido considerada una técnica carente de prestigio social fue progresivamente profesionalizándose y los hombres-matrona y los médicos que se dedicaron a ella consiguieron que en el siglo XIX fuese reconocida como una especialidad médica dedicada al cuidado de la salud reproductiva.

No obstante esta disciplina tenía una naturaleza peculiar ya que adoptó un enfoque antropológico pues se ocupaba también de estudiar la naturaleza femenina. Los ginecólogos, para definir a la mujer utilizaron creencias sociales, sostuvieron que la totalidad del organismo femenino estaba organizado con el objetivo de tener hijos. De este modo convirtieron la función biológica por la que se valoraba socialmente a la mujer, en la razón de su existencia. Mantenían que en el organismo femenino existía una tendencia incontenible a procrear que era reprimida por las normas masculinas de la civilización occidental que exigían el control de los instintos. Por consiguiente, los médicos consideraban la menstruación como una anomalía que la mujer padecía periódicamente debido a que no podía satisfacer sus instintos reproductores.

La teoría ovular sirvió para establecer científicamente la naturaleza instintiva de la mujer. Hallazgos científicos como la liberación periódica del óvulo se utilizaron para afirmar que el ovario funcionaba de forma autónoma, al margen del cerebro. Sin embargo la supuesta autonomía ovárica no se utilizó para destruir la creencia de que, en la mujer, mente y sistema reproductivo están conectados. Por el contrario, esta creencia fue reforzada científicamente pues la teoría ovular sirvió de fundamento para sostener que sucesivamente el ovario y el útero dominaban la vida femenina, incluida su psicología, y permitía a los ginecólogos afirmar que los problemas del sistema reproductivo producían alteraciones en la psicología. Así que la ginecología se ocupó de resolver problemas psicológicos y dolencias como la histeria, la epilepsia o la locura que se trataron amputando los órganos reproductivos.

Esta noción de feminidad elaborada por las ciencias biomédicas fue utilizada por los dos modelos de psiquiatría que se sucedieron en Gran Bretaña

a partir de 1830. Ambos definían la salud mental como control racional de los instintos. Y como ambos consideraban que las funciones reproductivas alteraban la mente femenina, consideraban natural que las mujeres tuvieran más dificultad que los varones para mantener el equilibrio psíquico.

La psiquiatría victoriana temprana, que estuvo vigente hasta 1870, concebía la enfermedad mental como una debilidad de carácter que hacía al enfermo incapaz de adaptarse a las duras condiciones de la vida. Y los psiquiatras utilizando el concepto científico de feminidad suponían que esa adaptación a la sociedad decimonónica, civilizada y racional, era más difícil para las mujeres ya que su racionalidad estaba debilitada por sus instintos reproductivos. Por consiguiente, suponían que en ellas existía una predisposición al desequilibrio mental, sobre todo a partir de la menarquia cuando se ponían en funcionamiento las funciones reproductivas.

La psiquiatría darwinista que se impuso como corriente dominante en Gran Bretaña durante las últimas décadas del siglo XIX, concebía la enfermedad mental como una degeneración biológica, una vuelta atrás en el desarrollo evolutivo que hacía al enfermo incapaz de adaptarse al medio. Y como entre las creencias sociales que contaminaron el paradigma darwinista se encontraba la idea de la inferioridad de la mujer que había conducido a la afirmación de su retraso evolutivo y su menor racionalidad, el nuevo modelo también suponía que en las mujeres existía una predisposición natural a padecer trastornos psíquicos.

La psiquiatría estableció como modelo de conducta femenina el patrón victoriano de feminidad con las características de pasividad, aceptación de la subordinación social y dedicación al hogar y cuidado de los hijos. Las mujeres que, obligadas a seguir ese modelo, se sentían desgraciadas y las que abiertamente lo rechazaban fueron estigmatizadas como enfermas mentales. Establecida científicamente la tendencia femenina a la locura, los psiquiatras consideraron enfermas a las mujeres que no aceptaban el orden patriarcal. De este modo los psiquiatras, investidos del prestigio de la ciencia y en calidad de expertos en el funcionamiento de la mente, se implicaron directamente en el mantenimiento del sistema social de la época, contribuyendo a impedir que tuvieran éxito las reclamaciones femeninas de justicia e igualdad. Acusaban a las feministas de ir contra su naturaleza exigiendo el derecho al voto, a la

educación y al trabajo remunerado. La psiquiatría, al igual que la ginecología, contribuyó al mantenimiento del sistema de género estableciendo que la aceptación del papel reservado a las mujeres en la sociedad, limitado y sin derechos ni libertades, representaba el modelo psicológico normal. Los masivos diagnósticos de enfermedad mental que sufrieron las mujeres se justificaron con la noción científica de feminidad que contenía la idea de que en la mujer existe una tendencia natural hacia el desequilibrio psíquico.

El concepto de mujer reproductora elaborado por la ciencia del siglo XIX no ha sido revisado y ha permanecido en la medicina del siglo XX. Y, a pesar de que como disciplina científica se supone neutral y objetiva con respecto a valores, ha mantenido en su paradigma una noción de mujer definida ideológicamente por sus funciones reproductivas.

Este concepto androcéntrico de mujer ha pasado a formar parte de los supuestos de la investigación y como los valores y creencias que contiene pertenecen a la ideología masculina, han resultado invisibles para los varones que dirigen la mayoría de los trabajos.

La noción de mujer reproductora, ha producido consecuencias epistémicas negativas de diversa índole en la investigación. En primer lugar ha hecho que se definieran como problemas de salud femenina los que están ligados al sexo y la reproducción. Esta definición incompleta ha dificultado el estudio de numerosas patologías femeninas porque la mayoría de los recursos humanos y económicos se han dedicado a proyectos realizados en la especialidad de ginecología. Además, como las instituciones públicas y privadas que financian las investigaciones médicas en el siglo XX han seguido estando mayoritariamente controladas por varones, la selección de los problemas de ginecología considerados más importantes y necesitados de financiación preferente se ha realizado con criterios masculinos. El resultado ha sido que las áreas más investigadas han sido las relacionadas con los anticonceptivos, las tecnologías reproductivas y los problemas genéticos ya que, al estar relacionadas con el control de la reproducción, son importantes para los varones. Por el contrario, muchas enfermedades ginecológicas como las patologías de la menstruación o endometriosis, no han sido suficientemente investigadas. Tampoco han recibido financiación adecuada para su investigación enfermedades como el cáncer de mama a pesar de ser

una patología grave cuya tasa de padecimiento se ha ido incrementando de forma alarmante a lo largo del siglo XX. Otras enfermedades importantes de carácter sistémico que padecen mayoritariamente las mujeres como el lupus y otras de naturaleza reumática o muscular como la *fibromialgia* o las que aparecen en edades avanzadas, tampoco han recibido recursos suficientes y, por consiguiente, han sido muy poco estudiadas.

El concepto de mujer reproductora también ha hecho que la investigación sobre anticonceptivos sistémicos se haya centrado casi exclusivamente en la biología femenina, a pesar de existir la base teórica que permitía realizar los estudios también en varones. Esta forma de proceder ha sido justificada por los investigadores con el argumento de que el control de la reproducción era más fácil de conseguir manipulando la fisiología de la mujer por ser mas sencilla y fácil de manipular. Sin embargo ese argumento es difícil de mantener sabiendo los científicos que el sistema reproductivo femenino es resultado de una compleja interacción entre hipotálamo, adenohipófisis, ovario, útero y sistema endocrino. La misma noción androcéntrica de mujer también ha hecho que las investigaciones sobre infertilidad se hayan centrado casi exclusivamente en la biología de la mujer mientras que han sido muy pocas las realizadas en varones. Suponiendo que la dificultad de procrear se debía exclusivamente a deficiencias que existían en el ciclo reproductivo femenino, se han diseñado y aplicado tratamientos de hiperestimulación hormonal ovárica e hipofisaria que han tenido un bajo índice de éxito. También, el supuesto de que la reproducción es un proceso esencialmente femenino ha hecho que la mayoría de las investigaciones realizadas para descubrir la causa de los daños embriológicos se hayan centrado en la madre. Y a pesar de conocerse que el material genético del embrión está formado por el que aportan los dos progenitores, apenas se han investigado los daños que puede transmitir el esperma y se han dejado sin explorar, por ejemplo, la posibilidad de que ciertos fármacos u otros factores medioambientales pudieran interferir en el proceso que controla la expresión de los genes paternos y producir en los fetos anomalías epigenéticas o cromosómicas. Cuando la investigación sólo se centra en la mujer no está guiada por valores cognitivos sino por la idea, contenida en el concepto androcéntrico de feminidad, de que la reproducción es una función exclusivamente femenina. Las consecuencias epistémicas negativas de una perspectivas que limita

injustificadamente las hipótesis, se ha puesto de relieve cuando algunos de los escasísimos estudios que se han realizado en varones han sacado a la luz que determinados tóxicos ambientales alteran los espermatozoides y por consiguiente es posible que esos cambios puedan producir daños en la descendencia del varón.

En segundo lugar, el concepto de mujer reproductora también ha condicionado las hipótesis con las que se han explicado diversas patologías femeninas. Considerar que la esencia de la feminidad es la reproducción ha llevado a que los investigadores concibieran como una anomalía el cese natural de las funciones reproductivas. Y utilizando esa idea como supuesto han entendido la menopausia como una disfunción de la biología de la mujer, generadora de patologías y han descrito sus características a partir de los síntomas que padecen quienes en esa etapa están enfermas. Y con los datos recogidos con una metodología defectuosa en una muestra de población clínica y por tanto no heterogénea, han concluido que enfermedades cardíacas, óseas, circulatorias o psiquiátricas están producidas por el cese de la ovulación y la disminución de estrógenos. Sin embargo no se realizan estudios para determinar las diferencias hormonales existentes entre mujeres que pasan la menopausia en un buen estado de salud y las que enferman. A pesar de ello se mantiene que el tratamiento adecuado para prevenir patologías como la osteoporosis o la hipertensión es la reposición estrogénica, a pesar de que los numerosos trabajos financiados por la industria farmacéutica sólo han probado que contribuyen a eliminar los trastornos vasculares llamados *sofocos*. Y cuando se ha descubierto que su administración incrementa el riesgo de padecer cáncer del sistema reproductivo, se ha seguido manteniendo como tratamiento y nuevas investigaciones se han centrado en probar si el efecto nocivo de los estrógenos desaparecía si se administraban asociados con gestágenos. Sin embargo nuevos estudios descubrieron que también la administración de estas hormonas incrementaba significativamente el riesgo de padecer cáncer de mama. A pesar de estos hallazgos y los insatisfactorios resultados obtenidos con la terapia hormonal, la investigación sigue limitando injustificadamente la dirección de las hipótesis y suponiendo que las variaciones hormonales que se producen en la menopausia causan patologías.

También la noción androcéntrica de mujer que utiliza la medicina tiene

consecuencias negativas en la metodología. En primer lugar, suponer que son enfermedades femeninas las de carácter ginecológico conduce a abordar el estudio de las que padecen ambos sexos como si fueran masculinas. Las consecuencias han sido las siguientes:

Los síntomas específicos femeninos de una patología nueva como el SIDA, no se investigaron de modo que no formaron parte del cuadro clínico y solo se incluyeron doce años después de haberse descrito la manifestación clínica de la enfermedad en varones.

Así mismo, se han diseñado erróneamente la mayoría de los experimentos realizados para indagar los factores que intervienen en la aparición de patologías como el infarto o la hipertensión porque la muestra experimental no ha sido representativa de la población que la padece pues se han usado exclusivamente varones.

Además, en los estudios realizados para probar la efectividad y dosificación de las drogas terapéuticas, las mujeres tampoco han sido utilizadas como sujetos experimentales. Y para defender ese procedimiento defectuoso los investigadores han utilizado el mismo concepto de mujer reproductora que lo ha provocado y, suponiendo que ser mujer significa estar permanentemente disponible para ser fecundada y quedar embarazada, han afirmado que en los experimentos no se incluye a mujeres para evitar que, en el caso de que estuvieran embarazadas, el medicamento estudiado pudiera producir malformaciones fetales. Sin embargo en ese argumento se utiliza una visión androcéntrica de la feminidad que ignora que ser mujer no significa ser una naturaleza reproductora porque también son mujeres las que controlan sus funciones reproductivas con técnicas anticonceptivas, las que no tienen pareja masculina, las que han llegado a la menopausia o las lesbianas.

Por otro lado, en la experimentación básica, los fármacos se prueban sólo sobre animales machos. En este caso los investigadores afirman que los estudios no se realizan en hembras para evitar la distorsión que el sistema endocrino femenino puede provocar en la prueba. El argumento con el que defienden ese procedimiento defectuoso no se sustenta en valores cognitivos. Porque si se teme que el sistema endocrino de las hembras puede alterar la acción terapéutica del medicamento sometido a prueba, es preciso conocer si se produce esa alteración, para que, en el caso de que así fuera, poder descubrir en qué medida lo hace y

saber si es efectivo para las mujeres y cual sería para ellas la dosificación correcta.

En segundo lugar el concepto androcéntrico de naturaleza femenina hace que en la investigación ginecológica se recojan los datos de forma incompleta ya que hace que se considere a toda la población femenina como heterosexual activa y cuando se investiga el mecanismo mediante el que se produce o transmite una determinada enfermedad, no se recoge la variable de orientación sexual. Este procedimiento defectuoso que no tiene en cuenta a las lesbianas, puede hacer que los estudios establezcan conclusiones erróneas sobre la tasa de ocurrencia, el mecanismo de transmisión o la etiología de la patología investigada.

Las consecuencias epistémicas que ha producido en la investigación utilizar una noción de mujer definida por su capacidad reproductora, muestra que la utilización del método científico no ha impedido que los valores y creencias que contienen los supuestos dañen la objetividad de los conocimientos médicos del siglo XX.

Por otro lado la noción androcéntrica de mujer ha hecho que en el paradigma existan dos modelos de salud femenina, uno general definido negativamente como ausencia de enfermedad que se determina objetivamente por medio de tecnologías diagnósticas, y otro adicional concebido en términos de fertilidad.

En el capítulo cuatro se han sacado a la luz las consecuencias epistémicas negativas que ha producido el modelo doble de salud femenina en la medicina clínica examinando los manuales mas utilizados por los estudiantes y por los médicos en su práctica profesional.

En primer lugar, concebir la salud femenina en términos de fertilidad ha hecho que estados fisiológicos en los que la mujer no puede concebir como la menstruación y la menopausia, sean concebidos como anomalías. Esta manera de entender procesos normales de la biología femenina hace que en los textos de ginecología examinados se describan esos procesos biológicos realizando una delimitación insuficiente entre sus características fisiológicas y sus patologías. Así, en los manuales de ginecología se describe el dolor como una característica propia de la fisiología de la menstruación, a pesar de que desde el punto de vista diagnóstico normalmente es considerado un síntoma que apunta a la existencia

de una patología. También la menopausia es tratada en los textos médicos como una anomalía y cuando se describen sus características sólo se menciona la ausencia de menstruación y de ovulación pero no se establece el modelo fisiológico con la forma que adopta en las mujeres sanas. Por el contrario su descripción se introduce con la afirmación de que este proceso biológico, en la mayoría de los casos, se desliza hacia la enfermedad.

La delimitación insuficiente entre el proceso fisiológico que puede experimentarse con salud pero en el que también puede aparecer la enfermedad, produce confusiones entre varios de los conceptos fundamentales de la medicina. Una de ellas es que las patologías que pueden aparecer en las etapas no fértiles de la mujer se atribuyen causalmente a la propia fisiología y no a un factor que altere la normalidad fisiológica. Esta confusión conceptual aparece en los manuales de ginecología cuando se ocupan de la dismenorrea. Esta patología de la menstruación caracterizada fundamentalmente por dolor intenso, se atribuye causalmente a la ovulación de modo que un proceso biológico normal es convertido en la causa de una patología, pero no se explica el motivo por el que no todas las mujeres que ovulan sufren dismenorrea. También el síndrome premenstrual con su multitud de síntomas patológicos se atribuye causalmente a la propia fisiología y su aparición sólo se explica aludiendo a la fase del ciclo previa a la menstruación. Sin embargo no se menciona la alteración patológica que produce los síntomas. De igual modo, las numerosas enfermedades que se asocian a la menopausia se atribuyen causalmente a los cambios hormonales que producen el cese de las funciones reproductivas. En este caso tampoco se explica la razón por la que los cambios endocrinológicos que se producen en esa etapa de la fisiología de la mujer son causa de enfermedad en unos casos, mientras que, cuando las mujeres están sanas en la menopausia, los mismos cambios hormonales no producen ningún tipo de patología.

Concebir la fertilidad como salud y las etapas no fértiles como anomalías significa adoptar, desde el punto de vista médico, una perspectiva parcial, androcéntrica que produce dificultades en la consecución del objetivo fundamental de la medicina que consiste en combatir la enfermedad. En primer lugar, considerar la menstruación como una hemorragia producida por la ausencia de embarazo y la menopausia como cese de la ovulación, significa no tener en cuenta que no son anomalías porque en ellos no se puede producir la

fecundación, sino procesos normales de la biología femenina. Por consiguiente, para que la medicina pueda ocuparse adecuadamente de sus patologías es preciso que describa la menstruación como *la hemorragia que se produce al descamarse periódicamente la mucosa uterina como respuesta a las variaciones hormonales*. También tendría que describir la menopausia como *una etapa fisiológica en la que el sistema endocrino se reorganiza de forma distinta y cesan la ovulación y la menstruación*. Estas descripciones son más objetivas porque, aunque en esas etapas biológicas la gestación no se puede producir, no son estados anormales de la fisiología femenina y las mujeres pueden experimentarlos con salud aunque en ellos pueda también aparecer el dolor y la enfermedad. Sin embargo cuando la medicina concibe la menstruación o la menopausia como estados de *fracaso reproductivo*, define las experiencias físicas femeninas centrándose en la significación que tienen esas etapas fisiológicas para los varones interpretándolas en relación con la reproducción y la actividad heterosexual. Esa perspectiva parcial que produce una confusión entre fisiología y patología, dificulta que la medicina consiga su objetivo fundamental de comprender la fisiología e identificar el mecanismo mediante el cual se desencadena la enfermedad en la menstruación y la menopausia para poder desarrollar tratamientos eficaces.

El doble modelo de salud femenina también puede llegar a producir confusión entre otros conceptos básicos del paradigma. Considerar que la fertilidad representa el modelo de salud femenina conduce a suponer que algunas patologías femeninas pueden desaparecer o mejorar con la gestación. El problema es que esta suposición ha servido de fundamento para proponer el embarazo como tratamiento de la enfermedad de Sheehan, panhipopituitarismo resultado de la hipertrofia y trombosis hipofisaria producido en el embarazo y parto. El fundamento de tan sorprendente terapia radica en la esperanza de que con otra gestación los trastornos circulatorios que en el embarazo anterior produjeron el aumento de la hipófisis que terminó en colapso, produzcan de nuevo hipertrofia en los restos que no se colapsaron para que aumenten su producción hormonal suponiendo, sin que haya base empírica alguna ni argumento racional que lo sustente, que en el nuevo embarazo no se colapsarán. De este modo concebir la fertilidad como modelo de salud produce una confusión entre los conceptos de etiología y terapéutica. La consecuencia de esta confusión

es que una patología grave producida por el embarazo es tratada médicamente con la causa que la ha desencadenado.

La noción de mujer reproductora hace que la medicina ignore la sexualidad femenina como fuente de salud y bienestar. De modo que cuando se describen los síntomas de enfermedades endocrinas que padecen ambos sexos, los manuales médicos citan entre sus síntomas las alteraciones de la libido masculina mientras que se afirma que en las mujeres que padecen la enfermedad se altera la función reproductiva y no dicen si se produce algún cambio en la libido femenina. Además, cuando la ginecología se ocupa de algún trastorno de la sexualidad de la mujer, como la dispareunia, aborda el problema desde una perspectiva androcéntrica. Y como la disfunción consiste en espasmos vaginales que dificultan la relación heterosexual, prescribe como tratamiento dilataciones vaginales con dilatadores metálicos que aunque producen dolor en la paciente tienen como objetivo conseguir la penetración heterosexual, sin tener en cuenta de qué modo puede beneficiar a la mujer una terapia tan agresiva.

El doble modelo de salud femenina también ha sido utilizado por la medicina clínica para interpretar los datos proporcionados por las investigaciones realizadas para evaluar los riesgos asociados a la terapia anticonceptiva sistémica. Esta interpretación ha tomado como punto de partida la idea de que si la fertilidad representaba la salud, era inevitable que ésta resultase alterada con las técnicas anticonceptivas.

El concepto de mujer reproductora que ha usado la medicina ha servido de fundamento para que los médicos tradicionalmente mantuvieran que usar técnicas anticonceptivas provocaría en las mujeres la enfermedad porque era contraria a la naturaleza femenina. Sin embargo su posición cambió en la cuarta década del siglo XX cuando en la sociedad occidental surgió la necesidad de controlar los nacimientos. Entonces el uso de técnicas anticonceptivas pasó a considerarse un símbolo de responsabilidad y se defendía como medio para luchar contra la superpoblación del planeta y la pobreza.

Las ciencias biomédicas, haciendo suyos estos valores sociales, se dedicaron a la investigación de un anticonceptivo sistémico. En la primera fase de los trabajos, los investigadores centraron casi toda su atención en conseguir un fármaco que poseyera eficacia anticonceptiva. Sin embargo la preservación de la salud de la mujer que usara el anticonceptivo fue dejada en un segundo plano.

De hecho los investigadores, cuando descubrieron por casualidad que la actividad del fármaco aumentaba si se añadía una cantidad de estrógenos al preparado original elaborado con progesterona, sintetizaron un compuesto de ambas hormonas. A pesar de que existían estudios que relacionaban diversos tipos de cáncer del sistema reproductivo con los estrógenos, elaboraron con ellos el primer fármaco que, administrado diariamente a las mujeres, conseguía evitar la concepción manteniendo la actividad heterosexual.

Los investigadores, siguiendo las normas que exigían las autoridades norteamericanas para autorizar la comercialización de un fármaco, realizaron estudios en los que se probó que si se administraba durante tres años seguidos, en algunos animales no se incrementaba la incidencia del cáncer del tracto reproductivo. La comercialización del fármaco se autorizó exigiendo que se especificara en las instrucciones de uso que solo podía administrarse durante tres años. Sin embargo esta advertencia desapareció muy pronto y la experimentación animal realizada durante tres años se utilizó como garantía de que si se administraba durante más largos periodos de tiempo tampoco producía tumores malignos.

En la fase de experimentación en humanos no solo no se investigaron sus riesgos sino que se ignoraron datos que claramente apuntaban a su implicación en el desencadenamiento de enfermedades graves. Los investigadores no tuvieron en cuenta síntomas importantes que, como el dolor precordial, referían algunas de las mujeres usadas como sujetos experimentales. No consideraron significativas las muertes súbitas que se produjeron entre las usuarias, ni se relacionaron con los datos de laboratorios que ponían de relieve que la medicación anticonceptiva disminuía el tiempo de coagulación y que indicaban claramente la existencia de fenómenos tromboembólicos. Tampoco investigaron síntomas como el aumento de peso que indicaba la posibilidad de que los anticonceptivos orales desencadenaran alteraciones metabólicas. Pero sobre todo no se realizó un seguimiento médico de las mujeres pobres de Puerto Rico con las que se experimentó la medicación anticonceptiva que hubiera permitido descubrir los riesgos asociados a su uso durante periodos prolongados de tiempo.

Después de haberse aprobado su comercialización se puso de relieve la peligrosidad de *la píldora anticonceptiva* cuando se publicó el caso de una mujer joven cuya muerte fue relacionada con el uso de esta medicación. A pesar de

ello no se retiró del mercado aunque hizo que se pusieran en marcha una serie de estudios que tenían el objetivo de descubrir el riesgo asociado a su uso cuando ya millones de mujeres la estaban tomando. Las investigaciones realizadas hasta 1978 pusieron de manifiesto que la medicación anticonceptiva aumentaban el riesgo de producir trombosis venosas, embolias pulmonares, accidentes cerebro vasculares agudos, infarto de miocardio, hipertensión arterial, cálculos biliares, y tumores de hígado benignos pero potencialmente peligrosos. También se descubrió que estaban implicados en la producción de cambios en el metabolismo de los lípidos y carbohidratos que podían desencadenar envejecimiento prematuro y diabetes. Con respecto al riesgo de producir cáncer, los estudios arrojaron resultados positivos y negativos, dependiendo de los animales elegidos como sujetos experimentales. Estos hallazgos no hicieron que se prohibiera el uso de los anticonceptivos orales y se han seguido prescribiendo bajo estricto control y supervisión médica.

En el último apartado del capítulo cuatro se ha puesto de relieve que en los manuales de ginecología se marcan las líneas generales para prescribir la terapia anticonceptiva utilizando el modelo de salud femenina establecido en términos de fertilidad. Y utilizando ese concepto de salud los autores sostienen de manera implícita que es inevitable que el uso de los anticonceptivos orales dañe la salud de las mujeres. Esta suposición hace que en los textos de ginecología revisados se interpreten los datos proporcionados por la investigación quitando importancia a la mayoría de los efectos nocivos de los anticonceptivos orales. Los autores no consideran importante que produzcan cefaleas, jaquecas, modificaciones en los niveles sanguíneos de glucosa. Y, aún admitiendo que incrementan el riesgo de padecer hipertensión, mantienen que pueden prescribirse a mujeres hipertensas, aunque con seguimiento médico. Afirman que con su uso no aumenta la posibilidad de padecer cáncer y que incluso sirven de protección frente a esta enfermedad. No obstante se considera contraindicada su prescripción cuando existen antecedentes de carcinoma del sistema reproductivo o de mama. En los manuales examinados, los autores discrepan con respecto a si los anticonceptivos orales incrementan o no el riesgo de padecer tromboembolias. Algunos admiten su implicación en la producción de tromboflebitis mortal, otros lo niegan categóricamente. Pero están de acuerdo en que, el hecho de haber padecido fenómenos tromboembólicos, no es una

contraindicación para tomar la medicación anticonceptiva siempre y cuando se haga bajo vigilancia médica.

Sin embargo los datos que proporcionan la investigación sobre los riesgos de los anticonceptivos orales pueden interpretarse de forma mas objetiva cuando se concibe la salud femenina como ausencia de enfermedad. Cuando se adopta este punto de partida se mantiene que la anticoncepción es beneficiosa para las mujeres porque les permite disfrutar de la sexualidad y decidir si quieren o no tener hijos. No obstante desde este enfoque se tiene en cuenta que los resultados obtenidos con la investigación indican que la medicación anticonceptiva disponible en el siglo XX tiene riesgos y deben ser cuidadosamente tenidos en cuenta para, en caso necesario, usar otro tipo de técnica anticonceptiva, que aunque pueda ser menos eficaz, también puede ser menos nociva. Desde esta perspectiva se subraya que la terapia anticonceptiva está absolutamente contraindicada cuando la mujer presente cualquier síntoma que pueda hacer sospechar la existencia de alguna patología grave. Se llama la atención de que no debe tomarla si padece trastornos venosos, antecedentes de enfermedad coronaria, tumores de hígado, cánceres del sistema reproductivo y de mama. También se indican que no deben usarse cuando aparecen dolores de cabeza o en periodos de convalecencia porque en ellos es preciso mantener un estado de reposo continuado que puede facilitar la aparición de fenómenos tromboembólicos. Y se subraya la necesidad de análisis periódicos para que si en ellos se descubren alteraciones en los tiempos de coagulación, suspender la medicación.

Esta interpretación se realiza en un manual que no concibe a la mujer como una naturaleza reproductora sino como un ser humano con funciones reproductivas. Desde ese punto de partida, la salud femenina no se define en términos de fertilidad de modo que no se considera inevitable que la medicación anticonceptiva produzca efectos nocivos y se subraya la necesidad de supeditar el control de la reproducción al mantenimiento de la salud de la mujer y evitar en ella la aparición de la enfermedad. Por el contrario, en los textos de ginecología que contienen el concepto androcéntrico de *mujer* que forma parte del conocimiento tácito de la *medicina normal*, subyace la idea de que la intervención anticonceptiva provoca la aparición de la enfermedad porque se sigue suponiendo que tener hijos favorece la salud femenina. En definitiva,

considerar a las mujeres como seres humanos con funciones reproductivas y concebir su salud como ausencia de enfermedad, conduce a interpretar los resultados de las investigaciones sobre los riesgos de los anticonceptivos orales de manera mas objetiva.

En el último capítulo de este trabajo se ha puesto de relieve que los manuales médicos mantienen de forma explícita que la mujer tiene una tendencia al desequilibrio mental y que su debilidad psicológica contribuye a desencadenar o a agravar algunas de sus patologías.

La idea de que la mujer es psicológicamente inestable se utiliza para suponer que su mente puede generar síntomas patológicos de naturaleza física. Por ejemplo, la *halitosis* que algunas pacientes presentan durante la menstruación, es considerada psicogénica. También en los manuales de medicina se afirma que los vómitos femeninos pueden ser expresión de hostilidad, ansiedad, recuerdos, conflictos o problemas de identidad. Incluso, cuando se describe una enfermedad padecida mayoritariamente por mujeres tan grave como el *lupus eritematoso sistémico* en la que aparecen síntomas que indican afectación de distintos órganos, se subraya que los médicos tienen tendencia a interpretarlos como si fueran de naturaleza psiquiátrica.

En el análisis de los textos médicos se descubre que, de forma general, las patologías padecidas mayoritariamente por mujeres se relacionan con la personalidad de la paciente. Alguna tan grave como la *anorexia*, en la que se producen alteraciones importantes del sistema endocrino, es considerada psicogénica y de ella se afirma que la psicología femenina juega un papel determinante tanto en su aparición como en la forma en que cursa. También la *fibromialgia* primaria se relaciona con las características psicológicas femeninas. Los autores médicos sostienen que esta patología, caracterizada por dolor muscular intenso e incapacitante, la padecen mujeres jóvenes sanas con tendencia a ser tensas, depresivas, ansiosas o luchadoras.

En ginecología se unen la idea de la tendencia femenina al desequilibrio mental y la creencia de que en la mujer están conectados la mente y el sistema reproductivo. Ambas hacen que en los manuales los autores aludan frecuentemente a la psicología de las pacientes. Sostienen de manera explícita que las mujeres carecen de fortaleza psicológica para soportar los problemas habituales de la vida y afirman que el estrés que producen provoca

enfermedades ginecológicas. Presentan al ginecólogo como experto en psicología que sabe que en la mujer existe una tendencia natural al desequilibrio mental. Por consiguiente subrayan la necesidad de que el médico tenga en cuenta que la paciente ginecológica puede estar deprimida, padecer ansiedad o estar consumiendo fármacos de forma abusiva. Los autores avisan de la necesidad de que el ginecólogo preste atención sobre el estado psicológico de la paciente sobre todo en la primera consulta e insisten en que los datos relativos a su personalidad y su conducta pueden resultar esenciales para establecer el diagnóstico ginecológico.

Así pues, en la medicina del siglo XX se ha seguido manteniendo la ideología masculina sobre la mujer en la que se afirma que su mente desordenada y con tendencia al desequilibrio está conectada con su sistema reproductivo. Suponer esta conexión ha permitido a los médicos afirmar que los desórdenes psicológicos producen síntomas ginecológicos. Por ejemplo, en los manuales de ginecología se sostiene que las tensiones emocionales, la represión y los insultos psíquicos, pueden hacer que desaparezca la menstruación. También el edema premenstrual se atribuye a la personalidad psicótica y atormentada del ama de casa y los ginecólogos sostienen que la mujer con su desequilibrio mental pone en marcha un proceso, que desencadena la retención de líquidos. Otras patologías de la menstruación, como la dismenorrea, también se relacionan causalmente con la mente de la paciente. Ésta es caracterizada como excitable, nerviosa, con tendencia a la exageración, fácilmente sugestionable y que imita a otras mujeres de la familia que también presentan los síntomas, ignorantes e incapaces de comprender que el dolor es normal en la menstruación.

La idea de que en la mujer están conectados mente y sistema reproductivo también es utilizada por los ginecólogos para sostener que los cambios de naturaleza ginecológica producen efectos nocivos en la psicología. Por ejemplo en los manuales de medicina se afirma que las fluctuaciones en los niveles de las hormonas ováricas producen el síndrome premenstrual con sus numerosos síntomas y entre ellos ira, falta de control, inquietud, agresividad y depresión. También sostienen que la disminución de estrógenos que acompaña al cese de la ovulación en la menopausia, produce depresión, ansiedad, irritabilidad y cambios en el espíritu de lucha. Sin embargo no se describe el mecanismo a través del cual la biología sexual reproductiva se relaciona con la

psicología femenina porque esa relación se sustenta en la ideología masculina sobre la mujer.

Las creencias que en el siglo XIX hicieron a los ginecólogos definir a la mujer como la variedad humana especializada en la reproducción y con una racionalidad disminuida por sus instintos reproductores, se han mantenido en el paradigma médico del siglo XX. Estas ideas, al seguir formando parte del conocimiento tácito de la medicina, han contribuido a que la ginecología haya seguido siendo en el siglo XX una disciplina que se ha ocupado de forma exhaustiva de la psicología de las pacientes a pesar de estar especializada en el área de salud reproductiva.

En definitiva, el concepto de mujer reproductora ha producido consecuencias epistémicas negativas en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades femeninas. Los valores contextuales que contiene han condicionado y limitado la dirección de las hipótesis y dañado la objetividad de métodos y teorías. También, en ocasiones, han causado confusiones en conceptos fundamentales como *salud y enfermedad, fisiología y patología, etiología y terapéutica, sexualidad y funciones reproductivas femeninas*. El sesgo que han producido en los conocimientos médicos ha dificultado el estudio y la comprensión de un número considerable de problemas de salud que padecen las mujeres impidiendo que las pacientes recibieran tratamiento. Además, la idea de que la mente femenina tiene una predisposición especial al desequilibrio se ha utilizado en los textos médicos para explicar que algunas de las patologías que padecen las mujeres están relacionadas causalmente con su psicología. Aludiendo a fenómenos de naturaleza psicológica la medicina rompe las reglas implícitas de su propio paradigma en el que sólo se permite explicar la enfermedad por medio de mecanismos de naturaleza biológica.

Los fuertes anclajes culturales que contiene la idea masculina de mujer ha hecho que en el siglo XX sus valores hayan seguido siendo invisibles para la profesión médica ya que en ella los varones han permanecido como grupo dominante.

La medicina necesita evitar las consecuencias epistémicas negativas que los valores contextuales decimonónicos han producido en los métodos conceptos y teorías. Para ello es necesario que en el paradigma médico se deje de identificar feminidad y función reproductora. Los valores cognitivos exigen dejar

de concebir a las mujeres como organismos especializados en la reproducción y abandonando la distorsión que producen los valores contextuales, pasar a considerar que al igual que los varones, son seres humanos con funciones reproductivas. De este modo podría abordarse el estudio de los problemas de salud femenina desde una perspectiva que, por no estar distorsionada por valores y creencias de género, sería más objetiva y facilitaría encontrar soluciones para los numerosos problemas de salud que sufren las mujeres. Y entonces la medicina no negaría la experiencia femenina de la enfermedad manteniendo que la psicología de las pacientes interviene en la aparición de los síntomas.

Referencias bibliográficas.

- ACHTERBERG, J. [1990]: *Woman as a Healer*. Boston Shambhala Publications.
- AL-ISSA, I. (ed.) [1982]: *Gender and Psychopathy*. Nueva York. Academic Press.
- ALBUTT, T.C. [1895] : " Nervous Disease and Modern Life". *Contemporary Review* 67.
- ALCOFF, L y POTTER, E. [1993]: *Feminist Epistemologies*. Nueva York y Londres. Routledge.
- ALEXANDER, N. [1993]: "Current and future status of contracepcion. *Journal of Women's Health*. 2. 2, 202.
- ALPERN, A.; DISKIN, L.; NORSIGIAN, J; et al. (Eds.) [1992]: *The New Our Bodies, Ourselves. A Book By and For Women*. The Boston Women's Health Book Collective. Nueva York. Touchstone.
- AMORÓS, C. [Coord.] [1992] *Feminismo e Ilustración*. Madrid. Instituto de Investigaciones Feministas, U.C.M.
- ANDERSON, A y McPHERSON, A. (Eds.) [1983]: *Women'n Problems in General Practice*. Oxford University Press.
- APPLE, R. (ed.) [1990]: *Women Health and Medicine in America : Historical Handbook*. Nueva York. Garland.
- ARCHER, J. y LLOYD, B. [1982]: *Sex and Gender*. Harmondsworth. Penguin Books.
- ARISTOTELES: *Investigación sobre los animales*. Madrid, Gredos, [1992]
- ARMITAGE, K.J., SCHNEIDERMAN, L.J. Y BAS, R.A. [1979] Response of physicians to medical complaints in men and women", *Journal of the American Medical Association*. 241 (20)
- ARONOWITZ, M.D. R. [1998]: *Making Sense of Illness. Science Society and Disease*. Cambridge University Press. Reino Unido.
- AYANIAN, J.Z. y EPSTEIN, A.M. [1991] : "Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease". *New England Journal of Medicine*. 325, p.p. 221-225.
- BAER, H. (Ed.) [1987]: *Encounters with Biomedicine: case studies in medical*

- anthropology*. Gordon and Breach. Nueva York.
- BALLINGER, C.B. [1985]: "Psychiatric morbidity and the menopause: Screening of general population sample. *British Medical Journal*, 3, p.p. 344-346.
- BALLS HEADLEY, W. [1894]: *The Evolution of the Disease of Woman*. Londres. Smith Elder y Co.
- BARNES, R. [1882]: 'Women, disease of', en R. Quain (ed.) *A Dictionary of Medicine: Including General Pathology, General Therapeutics, Hygiene and the Diseases Peculiar to Women and Children* 2 vols. II. Londres Longmans, Green y Co.
- [1890-91] "On the correlations of the sexual functions and mental disorders of women". *British Gynaecological Journal*, 6.
- BARNES, E y BARNES R.S.F. [1884]: *A Systems of Obstetrics Medicine*. 2 vols. Londres. Smith Elder y Co.
- BARNES, B. y EDGE, D. (Eds.) [1982]: *Science in Context*. Cambridge, MA. MIT Press.
- BARRET, M. y PHILLIPS, A.: [1992]: *Destabilising Theory: contemporary feminist debates*. Cambridge : Policy Press.
- BART, P. B. y SCULLY, D.H." The Politics of Hysteria: The Case of the Wandering Womb" en Gomberg, E.S. y Franks, W.(Eds.) [1979]: *Gender and Disordered Behaviour : Sex Difference in Psychopathology*. Nueva York. Brunner y Mazel.
- BAUER, C. y RITT, L.(Eds.) [1979]: *Source Readings in the Development of Victorian Feminism*. Nueva York. Pergamon.
- BAUM, M. [1988]: *Breast Cancer. The Facts*. 2ª edición. Oxford. Oxford University Press.
- BEAUVOIR de, S. [1949]: *El segundo sexo*. Ediciones siglo XX. Buenos Aires.
- BELL, N.K.[1989]: "Women and AIDS: Too little, too late?". *Hipatia*, 4. p.p. 3-22.
- BELLIN, J.S., y RUBISTEIN, J.R. [1983] "Genes and Gender in the Workplace", en Fooden M., Gordon S. y Hughey, B.(eds.), en *Genes and Gender, IV: The Second X and Women Health*. Nueva York, Gordian Press.
- BERKOW, R. M.D. y FLETCHER, M.B. (Eds.) [1989]: *El Manual Merck*. Octava edición. correspondiente a la decimoquinta del original [1987]

- BERNARD, C. [1957]: *An introduction to Study of Experimental Medicine*. Nueva York. Dover Publications. H
- BIRKE, L. [1986]: *Women, feminism and biology: The feminism challenge*. Nueva York. Methuen.
- BIRKE, L. y BEST, S. [1980]: "The Tyrannical Womb: Menstruation and Menopause" en Brighton Women and Science Group. [Eds.]: *Alice through the Microscope*. Londres. Virago.
- BLAXTER, M. [1990]: *Health and Lifestyles*. Routledge. Londres.
- BLEIER, R. [1984]: *Science and Gender. A Critique of Biology and its Theories of Women*. Nueva York . Pergamon Press. Routledge.
- BLONDEL, J.A. [1727]: *The Strength of Imagination in Pregnant Women*. Londres J. Peele.
- BLUME, E. [1983]: "Methodological Difficulties Plague PMS Research" *Journal of the American Medical Association*. 249 p.p. 385-387.
- BOORSE, C. [1977]: "Health as a theoretical Concept." *Philosophy of Science*. 44.
- BOUCÉ, P.G. "Imagination, Pregnant Woman and Monster Eighteenth-Century England and France" en Rousseau, G.S. y Porter R. (eds.) *Sexual Underworlds of the Enlightenment*. Universidad de Carolina del Norte. Chapel Hill. [1988]
- BRAIDOTI, R., CHARKIEWICZ, E. HAÜSLER, S. y WIERINGA, S. [1994]: *Women, the Environment and Sustainable Development: towards a theoretical synthesis*. Londres . Zed Press.
- BRIGHTON WOMEN AND SCIENCE GROUP (Eds.) [1980]: *Alice Through the Microscope: the power of science over women's lives*. Londres Virago.
- BROOKS-GUNN, J. y FISCH, M. (1980): "Psychological Androgyny and Student's Judgements of Mental Health" *Sex Roles* 6 p.p. 575-580.
- BROVERMAN, I.K., D.M. BROVERMAN, F.E. CLARKSON, P.S. ROSENKRANTZ Y S.R. VOGEL (1970) "Sex-Role Stereotypes and Clinical Judgements of Mental Health". *Journal of Clinical and Counselling Psychology* 34, p.p. 1- 7.
- BROWN, S.L. y KLEIN, R.H. [1982]: "Women-power in the medical hierarchy". *Journal of the American Medical Women's Association*. 37, 6. P.p.

79-81.

BROZOVIC, M. [1989]: "With women in mind" *British Medical Journal* . 299. P. 689.

BURSTYN, J.N. [1980]: *Victorian Education and the Ideal of Womanhood* . Londres. Croom Helm.

BURTON, J.K. [1987]: "Human Rights Issues Affecting Woman in Napoleonic Legal Medicine Textbooks" *History of European Ideas*, 8 (4)

BUSFIELD, J.(1986): *Managing Madness*. Londres. Hutchinson.

[1983]: "Gender, Mental Illness, and Psychiatry" en Evans, M. y Ungerson, C.(Eds.) *Sexual Divisions: Patterns and Proceses*. Londres . Tavistock.

BUSH, T.L. [1992]: "Feminine forever revisited: Menopausal hormone therapy in 1990s". *Journal of Women's Health*.1 (1) p.p.1-14.

CADDICK, A. [1986]: "Feminism and the Body" *Arena*, 74, p.p. 60-88.

CALLAHAN, J.C.(Ed.) [1993]: *Menopause. A Mid-life Passage*. Bloomington e Indianapolis. Indiana University Press.

CARTER, R.B. [1853]: *On the Pathology and Treatment of Hysteria* London: John Churchill.

CASSELL, E. [1982]: "The nature of suffering and the goals of medicine". *New England Journal of Medicine*. 306.

CHANDLER, Jr. A.D. [1996] *Scale and Scope. The Dinamics of Industrial Capitalism*. Harvard University Press.

CHAVKIN, W. [1984a] "Walking a Tightrope: Pregnancy, Parenting and Work" en W. Chavkin (ed.), *Double Exposure*. Nueva York: Monthly Review Press.

CHESLER, PH. [1972]: *Women and Madness*. G.C. Nueva York. Doubleday.

CLEARY, P.D. [1987]: "Gender Differences in Stress-Related Disorders" en R. C. Barnett, L. Biener y G. K. Barruch (Eds) *Gender and Stress*. Nueva York Free Press.

CLOUSTON, T.S. [1882] *Female Education from a Medical Point of View*. Edimburgo. Macniven y Wallace.

CONNELL, E.B.[1978]: "The Pill: Risks and Benefits". en Diamons, M.C. Korembrot, C.C. (Eds.) 24 *Hormonal contraceptives and human*

- welfare. Nueva York. Academic Press.
- CONOLLY, J. [1830]: *An Inquiry Concerning the Indications of Insanity*. Reimpreso [1964] Londres. Dawsons.
- [1856]: *Treatment of the Insane Without Mechanical Restraint*. Reedición [1973] Londres. Dawsons.
- CONWAY, J. [1980]: "Stereotypes of Femininity in a Theory of Sexual Evolution". en *Suffer and Be Still: Women and The Victoria Age*. M. Vicinus. Londres. Methuen.
- COREA G., HANMER, J., HOSKINS, B., RAYMOND, J. DUELLI KLEIN, R. HOLMES, H.B. KESHWAR, M., ROWLAND, R. y STEINBACKER, R. (Eds.) [1987]: *Man-made women :How new reproductive technologies affect women*. Bloomington. IN : Indiana University Press
- CRAIG, J. [1849] *A New Universal Etymological , Technological and Pronouncing Dictionary of the English Language: Embracing All the Terms Used in Arts , Science and Literature*, 2 vols. Londres.
- CRAWFORD, P. [1990]: *Women as Mothers in Pre-Industrial England: Essays in Memory of Dorothy McLaren*. (ed.) Valerie Fildes Londres. Routledge.
- CRETAUX LASTINGUER, V. [1992]: "Word of Mouth, Word of Womb: Denis Diderot and Hysterical Discourse". *Women's Studies* 21, (2).
- CULPEPPER, E.E. "Exploring Menstrual Attitudes" en Hubbard, R. et al. (eds.) *Women looking at Biology looking at Women*. Cambridge. MA. Shenckman Publishing Co.
- CUNNINGHAM, A. y WILLIAMS, P. (Eds.) [1992]: *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge. Cambridge University Press.
- CURLING, T.B. [1835] "Testicles", en Tood R. B., *The Cyclopaedia of Anatomy and Physiology*, 5 vols. Londres. Longman, Brauw, Green, Longman y Roberts, IV, 976-1.016.
- DALY, J. [1989]: "Innocent murmurs: echocardiography and the diagnosis of cardiac normality ". *Sociology of health and Illness*. 11, 2, p.p. 99-116.
- DARWIN, Ch. [1859]: *The Origin of Species*. (1ª edición). Traducido por Anibal Froufe. Sarpe. [1993]

- [1871]: *The Descent of Man and Selection in Relation to Sex*. Reimpreso (1981) Princeton University Press, Princeton, N.J. Trad. española. El origen del hombre. [1987] Madrid Espasa-Calpe .
- DASH, V.B. [1975]: *Embryology and Maternity in Ayurveda*. Nueva Delhi.
- DASTON, L. [1991]: " Marvellous Facts and Miraculous Evidence in Early Modern Europe" en *Critical Inquiry* 18 (1) p.p. 93-124.
- DIAMOND, M. C. y KOREMBROT, C.C. (Eds.) [1978]: *Hormonal Contraceptives and Human Welfare*. Academic Press Inc. Londres.
- DICCIONARI ENCICLOPÈDIC de Medicina. [1997- 2002] Ed. Enciclopedia Catalana. S.A.
- DINWAL, R. Y LEWIS, P. (Eds.) [1983]: *The Sociology of the Professions*. Londres y Basingstoke. DIXON, L.S. [1995]: *Perilous Chastity. Women and Illness in Pre-Enlightenment Art and Medicine*. Londres. Cornell University Press.
- DOUGLAS, P.S. y BREAST, A.N. [1989]: *Heart disease in women*. Filadelfia. F.A. Davis Co.
- DOUGLAS, A. [1973]: " The fashionable diseases": Women's complaints and their treatment in nineteenth-century America". *Journal of Interdisciplinary History*, 4, 25-52.
- DOYAL, L. [1983]: *The Political Economy of Health*. Londres. Pluto Press. [1985_a]: "Women, Health and the sexual division of labor: a case study of the women's health movement in Britain". *Critical Social Policy*. Vol.7, p.p.21-32.
- DOYAL, L. y Gough, I. [1991]: *A Theory of Human Need*. Londres Macmillan.
- DOYAL, L. [1995]: *What Makes Women Sick. Gender and the Political Economy of Health*. Londres. MacMillan Press.

- DREYFUS, C. [1977]: *Seizing our bodies*. Nueva York. Vintage Books.
- DUTON, D.B. [1988]: *Worse than the disease. Pitfalls of medical progress*. Nueva York. Cambridge University Press.
- ECCLES, A. [1982]: *Obstetrics and Gynaecology in Tudor and Stuart England*. Londres y Camberra.
- ECHEVERRIA, J. [1995]: *Filosofía de la Ciencia*. Akal. Madrid.
- EHRENREICH, B. y ENGLISH, D. [1978]: *For her own good*. Nueva York. Anchor Pres. [1990]: Trad. español. *Por su propio bien*. Madrid. Taurus.
- [1975]: *Complaints and disorders: The sexual politics of sickness*. Old Westbury, Nueva York. Feminist Press.
- [1973]: *Witches Midwives and Nurses: a History of Women Healers*. Feminist Press. Westbury.
- ELIASON, D. DONELAN, C. y RANDAL, C. [1992]: "Lesbian stereotypes" *Health Care for Women International*. 13, 2, p.p.131-144.
- EPSTEIN, J. [1995]: *Altered Conditions*. Nueva York. Routledge.
- ERICSON. R. [1986]: *Mother Midnight: Birth, Sex and Fate in Eighteenth Century Fiction (Defoe, Richardson and Sterne)*. Nueva York. AMS Press.
- EVANS, R.J [1977]: *The Feminist: Women's Emancipation Movements in Europe, America and Australasia, 1840-1920*. Londres, Crom, Helm.
- FARRERAS VALENTI, P. y ROZMAN, C. [1982]: *Medicina Interna*. Décima edición dirigida por Rozman, C. Marin. Barcelona.
- FASAL, E. [1978]: "Estrogen and Breast Cancer" en Diamons, M.C., Korembrot, C.C. (Eds.) *Hormonal Contraceptives and Human Welfare*. Londres. Academic Press. p.p.85-97.
- FAUSTO-STERLING, A. [1992]: *Myths of Gender*. Basic Books.
- FAWCETT, D. W. [1978]: "Estrogens and Genital Cancer" en *Hormonal*
- FAUCI, A. S. ; BRAUNWALD, E.; ISSELBACHER, K.J. ; WILSON, J.D.; MARTIN J.B.; KASPER, D.I.; HAUSER, S.L.; LONGO, D.L. (Eds.) [1998] . *HARRISON'S Principles of Internal Medicine*. La edición consultada es la 14ª Primera edición [1958]. EE.UU. McGraw Hill.
- FEE, E. (Ed.) [1978]: *Science and the "Women Question" 18860-1920 A Study*

- of English Scientific Periodicals. Tesis doctoral. Universidad de Princeton
- [1983]: *The politics of sex in medicine*. Farmingdale, Nueva York. Baywood.
- FEINSTEIN, A.R. [1967] : *Clinical Judgement*. Baltimore. Williams y Wilkins.
- FELMAN,S. [1975] : "Woman and Madness: The Critical Fallacy" *Diacritics* 5P.P.2-10.
- FIDELL, L.S. 1980: "Sex Roll Stereotypes and the American Physician" *Psychology of Women Quarterl.* 4, p.p.313-330.
- FILDES,V. (ed.), [1990]: *Women as Mothers in Pre-Industrial England: Essays in Memory of Dorothy McLaren*. [1990] Londres Routledge.
- FIGLIO,K. [1975]: "Theories of Perception and the Physiology of Mind in the Late Eighteenth Century" *History of Science* . 13 (3) .
- FIRESTON, S. [1971]: *The Dialectic of Sex*. Londres. Jonathan Cape.
- FONOW,M.M. y COOK,J.A.[1991]: *Beyond Methodology.Feminist Scholarship as Lived Research*. Indiana University Press.
- FOUCAULT,M. [1973]: *Madness and Civilization*. Nueva York. Vintage.
- [1974]: *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Nueva York. Vintage Boks.
- [1978]: *Histoire de la sexualité* , 3 vols. París
- FOX KELLER,E. [1992]: *Secrets of Death*. Nueva York. Londres Routledge.
- FRIEDMAN,R.C. , HURT, S.W., ARONOF, S.F. y CLARKIN,J. [1980]: "Behaviour and the Menstrual Cycle" . *Signs* 5, p.p. 719-738.
- FURNEAUX,J., [1886]: *Character as Seen in Body and Parentage* Londres Keagan Paul, Trench y Trubner.
- GALTON, F. [1873]: *Inquiries into Human Nature*. Londres.
- GELFAND,T.[1976]: "The origins of a modern concept of medical specialisation: John Morgan's Discourse of 1765". *Bulletin of the History of Medicine*, 50. 511-531.
- GILMAN, S.L. [1985]: *Seeing the Insane: A Cultural History of Psychiatric Illustration*. Londres Wiley
- et al. (Eds.) [1993]: *Hysteria Beyond Freud*. California. Berkeley.
- GIOVANNINI,M.J.(1992): "The Relevance of Gender in Postpartum Emotional Disorders" p.p. 209-231. En T.L.Whitehead y B.V.Reid (Eds.) *Gender*

- Constructs and Social Issues*. Urbana. University of Illinois Press.
- GITLIN, M.J. y R.O. PASSNAU (1990): "Psychiatric Symptoms Linked to Reproductive Function in Women: A Review of Current Knowledge". *American Journal of Psychiatry*. 146 p.p. 1413-1432.
- GOUDSMIT, E.M. y GADD, R. [1991]: "All in the mind? The psychologisation of illness". *The Psychologist*. 4. p.p. 449- 453.
- GOLUB, S. [1992]: *Periods. From Menarche to Menopause*. Newbury Park. Sage.
- GORDON, L.[1976]: *Women's Bodies; Woman's Right: a social history of birth control in America*. Nueva York. Grossman Publications.
- GORHAM, D. [1982]: *The Victorian Girl and the Feminine Ideal*. Londres. Croom Helm.
- GREER,G.[1991]: *The Change*.Londres. Penguin Book
- GREENBALTT ,R. y SHUMAN , P.[1993]. *Sexually transmitted diseases and AIDS in the 1990's: The women's epidemic*. Abstract publicado en Journal of Women Health.
- GROBBEE,D.E.,et al.,[1990]: "Coffee, caffeine, and cardiovascular disease in men" *New England Journal of Medicine*.321, p.p. 1026-1032.
- GURWITZ,J.H.;NANANDA,F.C.; AVORN,J [1992]: "The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction" *Journal of the American Medical Association* 11,1417.
- HABERMAS, J. [1982]: *Conocimiento e interés*. Madrid. Taurus.
- HANSEN, F.J. Y REEKIE, I. [1990]: "Sex differences in clinical judgments of Male and Female Therapists." *Sex Roles*. 23, p.p. 51-64.
- HARAWAY, D.J.[1978]: *Animal sociology and a natural economy of the body politic*. *Signs* 4 (1) 21-60.
- [1991]: *Ciencia cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Cátedra. 1995. Madrid.
- HARDING,S. [1987]: *Feminism and Methodology*. Indiana University Press.
- [1986]: *The Science Question in Feminism*. Nueva York. Conwell

University Press.

- HART, N. [1988]: "Sex, gender and survival: inequalities of life chances between European men and women" en A.J. Fox (ed.) *Inequality in Health within Europe*. Aldershot Gower.
- HASKELL, T.L. (Ed.) [1984]: *The Authority of Experts: Study in History and Theory*. Bloomington. Indiana University Press.
- HAYNES, S.G. [1984]: "Women and coronary heart disease" *Journal of the American Medical Women's Association*. 39, 3. P.p.102-105.
- HAYS, H.R. [1990]: *I Am Unclean* En Ruth, S. (comp.) *Issues in Feminism*.
- HEALY, B. [1991] "The Yentl syndrome" *New England Journal of Medicine*. 321,4, p.p. 274-276.
- HOBBSBAWM, E.J. [1977]: *Industria e Imperio. Una historia económica de Gran Bretaña desde 1.750*. Seix Barral. Esplugues de Llobregat.
- HOFFMAN, L.M. [1989]: *The Politics of Knowledge. Activist Movements in Medicine and Planning*. Albany. University of State of New York Press.
- HORTON, J.A. (Ed.) [1992]: *The Women's Health Data Book*. Washington, D.C. The Jacobs Institute of Women's Health.
- HOWELL, E. y BAYES, M. eds. [1981]: *Women and Mental Health*. Nueva York . Basic Books.
- HRDY, S.B. [1981]: *The Woman that Never Evolved*. Cambridge. Massachusetts. Harvard University Press
- HUBBARD, R. [1990] *The Politics of Women Biology* .Rutgers University Press
- HUET, M.H. [1983]: " Living Images: Monstrosity and Representation" *Representations* 4.
[1993]: *Monstrous Imagination*. Harvard University Press. Cambridge MA.
- HULL, D. [1973]: *Darwin and his critics*. Cambridge. Harvard University Press.
[1988]: *Science as a Process: An evolutionary account of the social and conceptual development of science*. Chicago. Chicago University Press.
- HUMM, M. (ed.) [1992]: *Feminism: a reader*. Brighton: Harvester Wheatsheaf.
- HUNT, K. [1988]: "Perceived value of treatment among a group of long-term users of hormone replacement therapy", *Journal of the Royal College*

of General Practitioners. 38, p.p. 389-401.

- HYDE, B.M., GOLDSTEIN, J. y LEVINE, P. (Eds.) [1992]: *The Clinical and Scientific Basis of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome*. Ottawa. Nightingale Research Foundation.
- ILLICH, I. [1976]: *Limits to Medicine: Medical Nemesis :the Expropriation of Health*. Londres. Marion Boyars.
- INSTITUTO DE LA MUJER [2000]: *La mujer en cifras*. Madrid.
- JACOBUS, M., KELLER; E.F. SHUTTELWORTH, S. (Eds.) [1990]: *Body/Politics. Women and the discourses of Science*. Nueva York. Routledge.
- JACKSON, C.H. [1970]: *Food and Drug Legislation in the New Deal* . Princeton .Princeton University Press.
- JAGGARD, A.M. y BORDO, S.R. (Eds.) [1992]: *Gender / Body / Knowledge. Feminist Reconstruction of Being and Knowing*. Rutgers University Press. New Jersey.
- JAMIESON, J., [1887] `Sex in health and disease'. Australian Medical Journal, 9, p.p. 145-158.
- JAY, N. [1991]: *Gender and Dichotomy*. En Gunew, S. (ed.) Londres. Routledge.
- JONES, H.W. [1978] : *Estrogens and Genital Cancer*. Londres Academic Press.
- JORDANOVA. L. [1989] : *Sexual Visions: Images of Gender in Sciences and Medicine between the Eighteenth and Twentieth Centuries*. Londres. Harvester Wheatsheaf. (Ed.)
- [1986]: *Languages of Nature. Critical Essays on Science and Literature*. Free Association Books. Londres.
- [1980]: *Natural facts: a historical perspectives on science and sexuality*. en MacCormack, C. y Strathern, M. (eds) *Nature, culture and gender*. Cambridge University Press. Reimpreso en 1986 y 1987.
- KASE, N. [1978]: "Estrogen Replacement Therapy for the Menopause" en Diamons M.C. y Korembrot, C.C. *Hormonal contraceptives and human welfare*. Academic Press. Londres.
- KAUFERT, P.A. [1982]: "Myth and menopause". *Sociology of Health & Illness*.

4. p.p.141-146.

KAUFERT,P.A. Y GILBERT,P. .[1986]: "Women, menopause and medicalization"
Culture, Medicine and Psychiatry, 10. p.p.7-2.

KAUFERT,P. Y SYROTUIK, J. [1981]: "Symptom reporting at the menopause".
Social Science and Medicine. 15. p.p. 173-174.

KELLER, E. F.; [1985]: *Reflexiones sobre Género y Ciencia*. Edicions Alfons el
Magnànim. Edición de 1991.

KELLER,E.F.y SHUTTLEWORTH,S.(Eds.) [1990]: *Body/Politics: Women and the
Discourses of Science*. Nueva York Routledge..

KELLER,E.F.;[1992] : *Secrets of Life Secrets of Death. Essays on Language,
Gender and Science*. Nueva York y Londres. Routledge.

KELSEY, S. et al.,[1993]: "Results of percutaneous transluminal coronary
angioplasty in women: 1985-86 National, Heart,Lung, and Blood
Institutes Coronary Angioplasty Registry". *Circulation* 87, (3)
p.p.720-727.

KIRSCHTEIN, R.L.[1991]: "Research on women's health". *American Journal of
Public Health*. OTA 129.

KITZINGER, S. [1992]: *Ourselves as Mothers*. Londres. Dorling Kindersley.

KOBLINSKY,M.;TIMYAN,J. Y GAY, J.[1993]: *The Health of Women. A Global
Perspective*. Westview Press. Oxford.

KOESKE, R. [1983] : "Lifting the Curse of Menstruation: Toward a Feminist
Perspective on the Menstrual Cycle" p.p. 1-16 en Golub,S. (Ed.)
Lifting of Curse of Menstruation . Nueva York. Haworth.

KOREMBROT,C.C. [1979]: "Experiences with Systemic Contraceptives" En
*Toxic Substances : Decisions and Values, Conference II:
Information Flow*. Washington D.C.. Technical Information Project.

KOROLKOVAS,A. y BURCKHALTER, J.H. [1978]: *Compendio Esencial de
Química Farmacéutica*. Barcelona. E.Reverté.

KRÄUPL-TAYLOR, F. [1979]: *The Concept of Illness, Disease and Morbus*.
Cambridge. Cambridge University Press.

KUHN,T.S.[1975]: *La estructura de las revoluciones científicas*.Trad. Agustín
Comtín.México. FCE.

KURTZ, R. A. y CHALFANT, H.P. (1984) *The Sociology of Medicine and Illness*.

Boston: Allyn and Beacon.

- LANE, W. A. [1887]: "Which are the chief factors which determine the differences which exist in the form of the female and male pelves?". *British Medical Journal*, 2, 832.
- LANGMAN, J. [1969]: *Embriología Médica*. Nueva Editoria Interamericana. México.
- LAQUEUR, T. [1986]: "Orgasm, Generation and the politics of reproductive biology". *Representations*, 14, 1-41
[1990]: *Making Sex, Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge MA: Harward University Press. Hay traducción española : *La construcción del sexo. Cuerpo y género dede los griegos hasta Freud* Ediciones Cátedra.
- LASTINGER, V.C. [1992]: " Word of Mouth, Mouth of Womb: Denis Diderot and the Hysterical Discourse". *Women's Studies* 21 (2).
- LAWS, S. [1990]: *Issues of Blood: the Politics of Menstruation*. Londres MacMillan.
- LAYCOCK, T. [1842-43]: 'The general law of periodicity in the phenomena of life'. *The Lancet*, 1.
- LEIGH D. [1961]: *The Historical Development of British Psychiatry*. Londres. Pergamon Press.
- LENNANE, K.J. y LENNANE, R.J. [1973]: " Alleged psychogenic disorders in women - a possible manifestation of sexual prejudice". *New England Journal of Medicine*. 288, p. p. 288-292.
- LEVINE, C. [1993]: *Women as research subjects: New priorities, new questions*. En *Emerging issues in Biomedical Policy: An Annual Review*. Vol. II. Blank, H.R. y Bonnicksen, A.L. (Eds.) Nueva York. Columbia University Press.
- LEWIS, S.A. [1967]: "Henry Maudsley: His Work and Influence" *The State of Psychiatry*. Vol.I *Essays and Addresses*. Nueva York, Sciences House.
- LEWONTIN, R.C., ROSE, S. y KAMIN, L.J. [1984]: *Not in our Genes. Biology, ideology and human nature*. Nueva York. Pantheon Books. Hay Trad. española [1987]: *No está en los genes. Racismo genética e*

ideología. Edit. Crítica. Barcelona.

- LEYS,R. [1980]: "Background to the Reflex Controversy: William Alison and the Doctrine of Sympathy before Hall", *Studies in History of Biology*",4.
- LITTLE,C.B. [1983]: *Understanding Deviance and Control: Theory, Research and Public Policy*. Ithaca . F.E. Peacock.
- LLOYD,G.E.R. [1966]: *Polarity and Analogy: Two Types of Argumentation in Early Greek Thought*. Cambridge University Press. Cambridge.
(Ed.) [1983] : "Tradition in Medicine" en *Hippocratic Writings*. Cambridge. University Press.
- LLOYD, G. [1984] *The Man of Reason: "Male" and "Female" in Western Philosophy*. Londres . Methuen.
- LONGINO,H.[1990]:*Science and Social Knowledge*, Princeton, Princeton University Press.
- LOPEZ CERESO, J.A. y LUJAN, J.L., [2000]: *Ciencia y política del riesgo*. Alianza Editorial. Madrid.
- LOCKE, J. [1975] : *An Essay Concerning Human Understanding*. (Publicado originalmente en 1690) Oxford University Press. Traducción castellana: *Ensayo sobre el entendimiento humano*. Madrid Editora Nacional . 1980.
- LOVELL, T. [1990]: *British Feminist Thought : A reader*. Oxford. Basil Blackwell.
- LOWE, M. Y HUBBARD, R. (Eds.) [1983]: *Women's nature: Rationalizations of inequality*. Elmsford, Nueva York . Pergamon Press.
- LUPTON, D. [1994]: *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Society*. Londres. SAGE Publications.
- MACCORMACK,C. Y STRATHERN,M.(Eds.)[1980]: *Nature, culture and gender*. Cambridge University Press, Cambridge.
- MACDONALD,M. [1981]: *Mystical Bedlam: Madness Anxiety and Healing in Seventeenth Century in England*. Cambridge University Press.
- MCEVEDY, C.P. y BEARD, A.W. [1970b]: "Concept of benign myalgic encephalomyelitis." *British Medical Journal*. 1, p.p.11-15.
- ARKS, H.M. [1997]: *The Progress of Experiment. Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*. Cambridge. Cambridge

University Press.

- MARTIN, E. [1987] *The Woman in the Body*. Guilford. Beacon Press..
- MASTROIANNI, A.C.; FADEN, R. y FEDERMAN, D. (Eds.) [1994]: *Women and health research: ethical and legal issues of including women in clinical studies*. 2 volúmenes. National Academy Press. Washington D.C.
- MARTIN, E. [1987]: *The Woman in the Body: a cultural analysis of reproduction*. Milton Keynes. Open University Press.
- MAUDSLEY, H. [1870]: *Body and Mind*. Londres. MacMillan .
- [1874]: *Responsibility in Mental Disease*. Londres. Kegan Paul.
- [1879]: *The Pathology of Mind*. Londres. Macmillan.
- [1895]: *The Pathology of Mind. A Study of its Distempers, Deformities and Disorders*. Londres y Nueva York. Macmillan.
- MAYNARD M. y PURVIS, J. (Eds) [1994]: *Redefining Women's Lives from a Feminist Perspective*. Taylor y Francis. Londres.
- 1874] "Sex in Mind and in Education" *Fortnightly Review* 15.
- McEVEDY, C.P. y BEARD, A.W., [1970b] "Concept of benign myalgia encephalomyelitis". *British Medical Journal*, 1, p.p. 11-15.
- McKINLAY, J.B. (Ed.) [1985]: *Issues in the political economy of health care*. Londres. Tavistock.
- McLAREN, A. [1984]: *Reproductive Rituals: The Perception of Fertility in England from the Sixteenth to the Nineteenth Century*. Londres. Methuen.
- McDOWELL, L. y PRINGLE, R. [1992]: *Defining Women*. Oxford, Polity Press.
- McGRATH, E., G.P. GEITA, B.R. STRICKLAND y N.F. RUSSO [1990]: *Women and Depression*. Washington DC, American Psychological Association.
- MCKAY, W.J.S. [1991]: *The History of Ancient Gynaecology*. Londres. Baillière. Tindal y Cox.
- MERSKEY, H. y SPEAR, F.G. [1967]: *Pain, Psychological and Psychiatric Aspects*. Londres. Bailliere, Tindal y Cassell.
- MERVES, E. [1983]: *The Social Management of Menstruation*. MA Tesis. Universidad del Estado. Ohio.
- MICHELET, J. [1870]). *La Femme*. París . Hachette.
- MILES, A. [1991]: *Women, Health and Medicine*. Milton Keynes. Open

University Press.

- MOHANTI, C., RUSSO, A. y TORRES, L. [1991]: *Third World Women and the Politics of Feminism*. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press.
- MONTAIGNE, M. [1572]: *Essais*, 2 vols. París Garnier Frères. Edición de 1962.
- MOORE, H. (1988): *Feminism and Anthropology*. Oxford: Polity Press.
- MORGAN, D. y SCOTT, S. [1993]: "Bodies in a social landscape". En Scott, S. y Morgan D. (eds.) *Body Matters: Essays of Sociology of the Body*. Londres Falmer. p.p. 1-21.
- MORRIS, J. VOGEL Y ROSEMBERG C.E. (Eds.) [1979]: *The Therapeutic Revolution: Essays in the Social History of American Medicine*. Filadelfia. University of Pensilvania.
- MOSCUCCI, O. [1990]: *The Science of Woman. Gynaecology and Gender in England, 1.800-1929*. Cambridge. Cambridge University Press.
- MURPHY, E. [2001]: "The Mad-House Keepers of East London" *History Today*, vol. 51, (9) 9 NACIONES UNIDAS (1991) "The world's of women 1970-1990: trends and statistics". *Social Statistics and Indicators*, Series, K, no 8, Nueva York: UN.
- MURPHY, E. A. [1976]: *The Logic of Medicine*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press.
- NECHAS, E. y FOLEY, D. [1994]: *Unequal Treatment*. Nueva York. Shuster & Shuster.
- NEEDHAM, J. [1959]: *A History of Embryology*. Nueva York. Schuman.
- NESSE, R.M. y WILLIAMS, G. C. [1999]: "Evolución y orígenes de la enfermedad" *Investigación y ciencia*. 1, p.p., 4-12.
- NORWOOD, C. [1987]: *Advice for life: A woman's guide to AIDS*. Nueva York. Pantheon.
- NOVAK, E.R. JONES, G.S. y JONES, W.H. Jr. [1970]: *Tratado de Ginecología*. Octava edición española [1971]. Ed. Interamericana. México.
- NICHOLSON, L. (Ed.), [1991]: *Feminism/Post Modernism*. Londres Routledge.
- OBREGON, T. y BARBERA, J.M. [1996] "I Simposio Internacional de Ginecología Endocrinológica y Menopausia en Madrid." *Noticias Médicas*.

Nº.3.306.2. p.p.23-25.

- OLAFSON HELLERSTEIN, E.; PARKER HUME, L. y OFFEN, K.M. (Eds.) [1981]: *Victorian Women*. Stanford University Press. Stanford. California.
- OLIVER, J. [1889]: "Woman physically and ethically considered." *Liverpool Medico-Chirurgical Journal*, 9.
- ON LINE DICTIONARY . www.grylab.ac.uk
- ORR, L. [1976]: *Jules Michelet, Nature History and Language*. Ithaca, Nueva York. Cornell University Press.
- OUTRAM, D. [1995]: *The Enlightenment*. Cambridge University Press.
- PELLING, M. [1981]: "Surgeons, Barbers and Barber-Surgeons: an occupational group in an English provincial town, 1550-1640" *Society for the Social History of Medicine Bulletin*. 28.
- PAUL, M., DANIELS, C. y ROSOFSKY, R. [1989] "Corporate Response to Reproductive Hazards in the Workplace: Results of the Family, Work and Health Survey", *American Journal of Industrial Medicine*. 16.2
- PÉREZ SEDEÑO, E. [1997]: " Los valores de la invención." En *La construcción de la ciencia. Abstracción y visualización*. De Mora, M.S. (eds.) Ed. Univ. del País Vasco.
- [2000]: "Tecnología y Valores: un caso de estudio." En De Mora et al. (Eds.)
- PÉREZ SEDEÑO, C. [1999]: "El concepto científico de naturaleza femenina en la psiquiatría de finales de siglo XIX en Inglaterra." En *Cultura y Psiquiatría del 98 en España*. Necodisne Ediciones. Madrid.
- [2001]: "La función de las oposiciones binarias en Biología y Medicina". En *Ciencia y Género*. Editorial Complutense.
- PETCHESKY, R.P. [1986]: *Abortion and Women's Choice: the state, sexuality and reproductive freedom*. Londres. Verso.
- [1987]: *Foetal Images: the power of visual cultures in the politics of reproduction*. En M. Stanworth (ed.) *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Cambridge Polity Press.
- PFEFFER, N. [1993]: *The Stork and the Syringe: A Political History of Reproductive Medicine*. Londres. Polity.
- PHILLIPS, R.D. y F.D. GILROY [1985]: "Sex- Role Stereotypes and Clinical Judgements of Mental Health: The Broverman's Findings Re-examined"

Sex Roles 12 p.p.179-193.

POLANYI, M. [1958]: *Personal Knowledge. Towards a Post-critical Philosophy*. Londres. Routledge y Paul Keagan.

PORTER, R. [1985]: "Lay Medical Knowledge in the Eighteenth Century: the Evidence of the Gentleman's Magazine" *Medical History*.29.

POOVEY, M. [1988]: *Uneven Developments: The Ideological Work of Gender in Mid-Victorian England*. Chicago University Press.POWER,J. [1821]: *Essays on the Female Economy*.Londres. Burges y Hill.

PSCHYREMBEL, W. [1969] *Ginecología Práctica*. Primera reimpresión [1971] . Segunda reimpresión [1973] Tercera reimpresión [1977] Ed. Alhambra. Madrid.

- PUTNAM TONG, R. [1998]: *Feminist Thought*. A more Comprehensive Introduction. Westview Press. Oxford.
- QUILLIAM, S. [1990]: "Positive smear: the emotional issues and what can be done" *Health Educational Journal*.49,1, p.p.19-20.
- RAMAZANOGLU,C. [1993]: *Up Against Foucault: explorations of some tensions between Foucault and feminism*. Londres. Routledge
- REAGAN, L.J. [1997]: *When Abortion was a Crime. Women, Medicine and Law in the United States, 1867-1973*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles y Londres.
- REID, I. y WARMALD,E. [1982]: *Sex Differences in Britain*. Londres. Grant McIntyre.
- RENZETTI, C.M. y CURRANT, D.J. [1995]: *Women, Men and Society*. Allyn and Bacon. Boston.
- RICCI,J.V. [1943]: *The Genealogy of Gynaecology:History of the Development of Gynaecology Throughout the Ages*. Philadelphia : The Blakiston Co.
- ROBERTS, D. [1979]: *Paternalism in Early Victorian England*. New Brunswick. N.Y.Tutgers University Press.
- ROBERTS,H.(Ed.)[1981]: *Doing Feminist Research*. (Reimpreso en 1982, 1984, 1986, 1988, 1990, 1992, 1993, 1995. Nueva York. Routledge. [1985]:*The patient patient: Women and their doctors*. Londres. Pandora.
- ROE, S. [1981]: *Matter, Life and Generation: 18th Century Embryology and the Haller-Woolf debate*. Cambridge. Cambridge University Press,
- ROMANES,C.J.[1897]: "Mental Differences between men and women" en Romanes [1897] *Essays*. Londres. C. Lloyd Morgan.
- ROSE, H. [1994]: *Love, Power and Knowledge*. Polity Press. Cambridge.
- ROSEN, G. [1974]: *From Medical Police to Social Medicine: Essays of History of Health Care*. New York. Science History Publications. (1944) *Specialization of Medicine, With Particular Reference to Ophthalmology* . Nueva York. Froben Press.
- ROSENBERG, C. [1979]: "The Therapeutic Revolution: Medicine, Meaning and Social Change in Nineteenth Century America." En Morris J. Vogel y

- Rosemberg, C. [1979]. Philadelphia. University Pennsylvania Press.
- ROSENBERG, R.[1982]: *Beyond the Separate Spheres*. New Haven: Yale University Press.
- ROSSER, S.V. [1988]: *Feminism within the Science and Healthcare Professions: overcoming resistance*. Nueva York: Pergamon Press.
- [1992]: "Re-visioning clinical research: gender and the ethics of experimental design" en Holmes, H. y Purdy, L. (Eds.) *Feminist Perspectives in Medical Ethics*. Bloomington e Indianapolis. Indiana University Press.
- [1994]: *Women's Health - Missing from U.S. Medicine*. Indiana University Press. Bloomington e Indianapolis.
- [1992]: *Biology and Feminism*. MacMillan. Nueva York.
- ROSTAND, J. [1930]: *La Formation de l'être: Histoire des idées sur la génération*. París. Hachette.
- ROTHBLUM,E.D. (1982): "Women's Socialization and The Prevalence of Depression: The Feminine Mistake." *Women and Therapy* 1, p.p. 5-13.
- ROUSSEAU, J.J. [1990]: *Emilio o de la educación*. Alianza Editorial. Madrid.
- ROUSSEAU M.G.S. [1969]: "Science and the Discovery of the Imagination in Enlightened England". *Eighteenth-Century Studies* 3 .
- ROUSSEAU,G.S.[1990]: *The Languages of Psyche: Mind and Body in the Enlightenment*, (ed.) Cambridge University Press.
- ROUSSEAU,G.S. y PORTER,R. (Eds.) [1988]: *Sexual Underworlds of the Enlightenment*. Universidad de Carolina del Norte. Chapel Hill.
- ROVER,C.[1967]: *Women's Suffrage and Party Politics in Britain, 1866-1914*.Londres. Routledge y Paul Kegan.
- RUSSETT, C.E. [1989]: *Sexual Science. The Victorian Construction of Womanhood*. Harvard University Press. Cambridge Massachusetts. E.E.U.U.
- RUTH, S. [1990]: *Issues in Feminism. An Introduction to Women's Studies*. Mayfield Publishing Company.
- SAPIRO, V. (Ed.) [1985]: *Women, Biology and Public Policy*. Beverly Hills. Sage Publications.
- SEIBEL,M.M. , BERSTEIN,J., KIESSLING,A.A., LEVIN,S.R. (Eds) [1993]:

Technology and Infertility. Clinical, Psychosocial, Legal and Ethical Aspects. Nueva York. Springer-Verlag.

SHEPPARD, E.[1872]: "The Modern Teaching of Insanity" *Journal of Mental Science* 17

SCHIEBINGER, L. [1989]: *Nature's Body Gender in the Making of Modern Science.* Boston .Beacon Press.

SCOTT, J.A. [1984]: "Keeping Women in Their Place: Exclusionary Policies and Reproduction." en W. Chavkin (ed.) *Double Exposure.* Nueva York: Monthly Review Press.

SCULL, A. T. (ed.) [1981]: *Mad-houses, Mad Doctors and Madmen: The Social History of Psychiatry in Victorian Era.* Londres. Athlone Press.

[1984]: "The Domestication of Madness" *Medical History.* 27.

SEAMAN,B. [1995]: *The Doctor's Case Against the Pill.* Alameda Ca. Hunter House Publishers.

SHEPPARD,E. [1873]: *Lectures on Madness in its Medical, Legal and Social Aspects.* Londres. J. Churchill.

SHEPHERD,J.A [1980]: *Lawson Tait: The Rebellious Surgeon (1845- 1899).* Lawrence, Kansas. Coronado Press.

SHORTER, E. [1991]: *Women's Bodies. A social History of Women's encounter with Health, Ill-Health and Medicine.* Transaction Publisher. Londres.

SHOWALTER, E. [1987]: *The Female Malady.* Londres. Virago Press.

SITRUK-WARE,R. Y UTIAN,W.H. (Eds.) *The Menopause and Hormonal Replacement Therapy. Facts and Controversies.* Nueva York. Marcel Dekker.

SMYKE, P. [1991]: *Women and Health .* Londres Zed Books. 3ª Impresión [1995].

SMITH,R. [1981]: *Trial in Medicine: Insanity and Responsibility in Victorian Trials* Edimburgo. Edinburgh University Press.

SMITH,S.,BOOTH,K y ZALEWSKI,M.(Eds.) [1996]: *International Theory: Positivism and Beyond.* Cambridge University Press. SNYDER,H.S. [1996]: *Drogas y Cerebro.* Traducido por José Manuel García de la Mora. Barcelona. Prensa científica.

- SOLÉ, J.[1976]: *L'Amour in Occident a l' Epoque moderne*. Paris. Michel.
- SOMMER,B. [1983]: "How does Menstruation Affect Cognitive Competence and Psychophysiological Response" p.p. 53-90 en Golub, S. (Ed.) *Lifting the Curse of Menstruation*. Nueva York Haworth Press.
- SONTANG, S. [1977,1978]: *Illness and its Metaphors*. Trad. española. *La enfermedad y sus metáforas*. Santillana. Taurus [1996] Madrid.
[1988] *AIDS and its Metaphors*. Traducción castellana. El SIDA y sus metáforas. [1996] Santillana Taurus.
- SPEROF, L. [1978]: " Estrogen and Progestin Therapy for Reasons Other than Contraception" en Diamons, M.C. y Korembrot, C.C. *Hormonal Contraceptive And Human Welfare*. Londres. Academic Press.
- STACEY,M. [1988]:*The Sociology of Health and Healing*. Londres. Unwin Hymman.
- STAFFORD, B. M.[1991]: *Body Criticism: Imagine the Unseen in Enlightenment Art and Medicine*. Cambridge. MA.MIT Pres.
- STAMPFER,M.J.; CODITZ,G.A.; WILLET,G.C.; MANSON,J.E.; ROSNER,B.; SPAIZER,F.E. y HENNEKENS,C.H.[1991]: "Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease". *New England Journal of Medicine*. 321,11,p.p 756-762.
- STOCKING, Jr. G.W.,[1968]: *Race, Culture and Evolution: Essays in the History of Anthropology*. Chicago y Londres.
- SULEIMAN,S.R.(ed.) [1986]: *The Female Body in Western Culture: Contemporary Perspectives*. Cambridge. Massachusetts. Cambridge Univert;city Press..
- TAVRIS, C. [1992]: *The Mismeasure of Women*. Nueva York. Simon and Schuster.
- TEMIN,P. [1980]: *Taking Your Medicine : Drug Regulation in the United States*. Cambridge Mass. Harvard University Press.
- TIEFER,L.[1995]: *El sexo no es algo natural y otros ensayos*. Talasa Ediciones S.L. Madrid.
- TRAVIS, C.B. [1988]: *Women and Health: Biomedical Issues*. Hillsday. N.J. Lawrence Elbaum.
- TREASURE,R.A.R.,FOWLER,P.B.S,MILLINGTON, H.T.y WISE, P.H.[1978]:

"Misdiagnosis of diabetic ketoacidosis as hyperventilation syndrome"
British Medical Journal 294, p. 630.

TRUSTED, J. [1996]: *Beliefs and Biology: Theories of life and living*. Londres. Macmillan.

TUANA, N. (Ed.) [1989]: *Feminism and Science* Indiana University Press.

TURNER, D. [1714]: *The Morbis Cutaneis* R. Bonwicke et al. Londres.

UNITED NATIONS [1991]: "The world's women 1970-90: trends and statistics" *Social Statistics and Indicator.*" Series K nº 8 Nueva York: UN.

USSHER, J. [1991]: *La psicología del cuerpo femenino*. Arias Montano editores. Madrid

[1991]: *Women's Madness. Misogyny or Mental Illness?* Londres. Harvester.

VALCARCEL, A. [2000]: *La política de las mujeres*. Cátedra.

VAN DEN WIJNGAARD, M. [1997]: *Reinventing the Sexes. The biomedical Construction of Femininity and Masculinity*. Indiana University Press.

VERTINSKY, P.A., [1990]: *The Eternally Wounded Woman. Women, Doctors, and Exercise in the Late Nineteenth Century*. Manchester. Manchester University Press. Reimpresión de 1994 por University Illinois Press.

VOGEL, M.J. Y ROSENBERG, C.E. (Eds.) [1979]: *The Therapeutic Revolution: Essays in the Social History of American Medicine*. Philadelphia. University of Pennsylvania Press.

WALLERSTEIN, [1974]: *The Modern World System*. Tres volúmenes. Academic Press.

[1996]: *The inter-state structure of the modern world-system*. En Smith, S., Booth, K. Y Zalewski, M. [1996]

WALSH [1980]: "Contracepción: The growth of a technology." En The Brighton Women and Science Group (ed.) *Alice Through the microscope: the Power of Science over Women's*. P.p. 182-207. Londres. Virago.

WADDINTON, I. [1984]: *The Medical Profession in the Industrial Revolution*. Londres. Crom Helm.

WARNOCK, M. [1985]: *A Question of Life: the Warnock Report on human fertilisation and embryology*. Oxford. Basil Blackwell.

- WEIDEGER, P. [1985]: *History's Mistress: A New Interpretation of a Nineteenth Century Ethnographic Classic*. Harmondsworth.
- WEISSMAN, M.M. (1980): "Depression" p.p. 97-112 en A.M. Brodsky y Hare Mustin (eds) *Women and Psychotherapy*. Nueva York. The Guilford Press.
- WELLS, T.S. [1891]: *Modern Abdominal Surgery: The Bradshaw Lecture Delivered at the Royal College of Surgeons of England. With an Appendix on the Castration of Women*. J.A. Churchill Londres
- WHELEHAN, M. [1988]: *Women and Health: cross cultural perspectives*. Bergin y Garves. Gramby. Massachusetts.
- WILKINSON, R.G. [1996]: *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. Londres. Routledge.
- WILKINSON, S. Y KITZINGER, C. (1994): *Women and Health*. Londres Taylor & Francis.
- WILLIAMS, L.A. [1988]: "Toxic Exposure in the Workplace: Balancing Job Opportunity with Reproductive Health" en E. Boneparth y E. Stroper (eds.), *Women, Power and Policy: Toward the Year 2000*. Nueva York. Pergamon.
- WILLIAMS, R. [1975]. *The country and the City*. St. Albans Paladin.
- WILTHIRE, A. [1885] : `Vicarius or ectopic menstruation, or menses devii'. *Lancet*, 2, p.p. 513-517.
- WISDOM, C.S. y AMES, A. [1988]: " Biology and Female Crime" p.p. 308-331 en Moffit T.E. y Mednick, S-A (Eds.) *Biological Contributions to Crime Causation*. Dordrecht : Martinus Nijhoff Publishers.
- WISE, E. Y RAFERTI, J. [1982]: "Sex Bias in Language". *Sex Roles*, 8, p.p. 1189-1196.
- WITHEA, A. [1885]: "The Nomad Poor in London" *Contemporary Review* 47, Mayo, p. 715 .
- WOOD, A. [1964]: *Europe 1815-1960*. Logman. Essex.
- WULFF, H.R. y GOTZSCHE, P.C. [2000]: *Rational Diagnosis and Treatment. Evidence-Based Clinical Decision-Making*. 3ª ed. Oxford: Blackwell Sciences.
- WULFF, H.R., PEDERSEN, S.A. y ROSENBERG, R. [1990]: *Philosophy of Medicine. An introduction*. Oxford. Blackwell Scientific Publication.

Trad. española actualizada. [2000]: *Introducción a la filosofía de la medicina*. Triacastela. Madrid.

WYNTER, A. [1875]: *Borderlands of Insanity*. 2ª edición. Londres. Robert Hardwicke.

ZIMMERMAN, B. [1980]: "People's Science". En Arditti, R. Brennan, P. y Cavrak, S. (Eds.) *Science and liberation*. Boston South End Press.