



**Medicines i Gènere.
El torsimany necessari**

Elizabeth Mora Torres, Albert Gras i Martí (coords.)

Feminismo/s

FEMINISMO/S

Revista del Centro de Estudios sobre la Mujer
de la Universidad de Alicante
Número 10, diciembre de 2007

Medicines i Gènere. El torsimany necessari

Elizabeth Mora Torres, Albert Gras i Martí (coords.)

FEMINISMO/S

Revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante

Revista Semestral

Editada por el Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad
de Alicante con la colaboración del Vicerrectorado de Calidad y Armonización Europea

Número 10, diciembre de 2007

CONSEJO EDITORIAL

Directora: Mónica MORENO SECO (*Universidad de Alicante*)

Secretaria: Helena ESTABLIER PÉREZ (*Universidad de Alicante*)

Vocales: M^a del Mar ESQUEMBRE VALDÉS (*Universidad de Alicante*)

Nieves MONTESINOS SÁNCHEZ (*Universidad de Alicante*)

Carmen MAÑAS VIEJO (*Universidad de Alicante*)

CONSEJO ASESOR

Mabel BURÍN (*Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires*)

Silvia CAPORALE BIZZINI (*Universidad de Alicante*)

Angels CARABÍ (*Universitat de Barcelona*)

Pilar CUDER DOMÍNGUEZ (*Universidad de Huelva*)

Joaquín DE JUAN (*Universidad de Alicante*)

M^a José FRAU LLINARES (*Universidad de Alicante*)

Eddy GIL DE MEJÍA (*Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/ Wilhelmshaven University
of Applied Sciences*)

M^a Victoria GORDILLO ÁLVAREZ-VALDÉS (*Universidad Complutense de Madrid*)

Albert GRAS (*Universidad de Alicante*)

Marina MAYORAL (*Universidad Complutense de Madrid*)

Montserrat PALAU (*Universitat Rovira i Virgili*)

M^a Dolores RAMOS (*Universidad de Málaga*)

M^a Dolores REVENTÓS (*Universidad de Murcia*)

Carmen RIERA (*Universitat de Barcelona*)

Ana SÁNCHEZ TORRES (*Universitat de València*)

Begoña SAN MIGUEL DEL HOYO (*Universidad de Alicante*)

Marta SEGARRA (*Universitat de Barcelona*)

Cristina SEGURA GRAIÑO (*Universidad Complutense de Madrid*)

Julia SEVILLA (*Universitat de València*)

M^a Carmen SIMÓN (*CSIC*)

Ruth TEUBÁL (*Universidad de Buenos Aires*)

Meri TORRAS (*Universitat de Barcelona*)

REDACCIÓN

Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante
Campus de Sant Vicent del Raspeig
Apdo. 99 E-03080 Alicante
Tel. 965 90 94 15 - Fax 965 90 96 58
e-mail: cem@ua.es - web: <http://www.ua.es/cem>

SUSCRIPCIÓN

Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante
Campus de Sant Vicent del Raspeig
Apdo. 99 E-03080 Alicante
Tel. 965 90 94 15 - Fax 965 90 96 58
e-mail: cem@ua.es - web: <http://www.ua.es/cem>
Precio de cada ejemplar: 12€

Edita:

Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante
con la colaboración del Vicerrectorado de Calidad y Armonización Europea

Preimpresión e impresión:



ISSN: 1696-8166

Depósito Legal: A-910-2003

Feminismo/s no se identifica necesariamente con los contenidos de los artículos firmados.

Prohibida la reproducción total o parcial de los artículos sin la autorización previa.

Feminismo/s se encuentra indexada en la base de datos del ISOC del CINDOC y en el
LATINDEX.

ÍNDICE

Introducció.....	9
<i>Introduction</i>	
<i>Elizabeth Mora Torres i Albert Gras i Martí</i>	

* * *

COL·LABORACIONS

Medicines tradicionals

«Medicina màgica a les comarques de la Marina. Papers masculins i femenins».....	17
<i>«Magic medicine in the Marina county. The role of women»</i>	
<i>Regina Ramon Sapena, Isabel Betlloch Mas i Eusebi Chiner Vives</i>	

«Cuidados de la salud en el ámbito doméstico: un rol de género. Remedios tradicionales usados en Villena (Alicante)»	31
<i>«Domestic health care: a gender role. Traditional remedies used in Villena (Alicante)»</i>	
<i>Eleuterio Gandía Hernández</i>	

«Mujer, salud y tradición en los U'wa de Colombia y cuestiones de género en las comunidades indígenas»	49
<i>«Women, health and tradition in the Colombian U'wa and gender questions in indigenous communities»</i>	
<i>Elizabeth Mora Torres, Haymeth Cecilia Páez Molina, Wellington Quiñonez Daza y Miguel Leonardo López M.</i>	

Medicines i societat

«Las casas de acogida para mujeres maltratadas como respuesta a un problema de salud pública»	69
<i>«Shelter homes for battered women as a response to a public health problem»</i>	
<i>Ana Paula Cid Santos</i>	

«Síndromes en femenino. El discurso biomédico sobre la fibromialgia»....	79
<i>«Syndrome in feminine. The biomedical discourse about fibromyalgia»</i>	
<i>Beatriz Tosal Herrero</i>	
«El género como “nicho”: el caso de la publicidad farmacéutica».....	93
<i>«Gender as a “niche”: the case of pharmaceutical advertising»</i>	
<i>Natalia Papi Gálvez, Belén Cambroner Saiz y M^a Teresa Ruiz Cantero</i>	
«Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria»	111
<i>«Evaluation of a biopsycosocial intervention for women ill-being in primary care»</i>	
<i>Sara Velasco Arias, Begoña López Doriga, Marina Tourné García, M^a Dolores Calderó Bea, Inmaculada Barceló Barceló y Consuelo Luna Rodríguez</i>	
«Isabel Morgan y el grupo de investigación sobre vacunas de la Universidad Johns Hopkins (1940-1960): un modelo de análisis de la trayectoria de una mujer en el mundo de la ciencia»	133
<i>«Isabel Morgan and the research group on vaccines at Johns Hopkins University (1940-1960): a model for the analysis of women trajectories in the world of science»</i>	
<i>Rosa Ballester</i>	

Medicines: novel perspectives

«Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto»	145
<i>«Alternative and complementary medicines as a resource in women therapeutic itineraries. Importance in our context»</i>	
<i>Enrique Perdiguero y Beatriz Tosal</i>	
«Sexo, género y biología»	163
<i>«Sex, gender and biology»</i>	
<i>Joaquín De Juan Herrero y Rosa M^a Pérez Cañaveras</i>	
«Els canvis de paradigmes científics en medicina i les dones»	187
<i>«Scientific paradigm shifts in medicine and women»</i>	
<i>Àgueda Gras-Velázquez i Albert Gras i Martí</i>	

* * *

Resúmenes.....	205
Abstracts	211
Reseña bio-bibliográfica de las/os colaboradoras/es del volumen.....	217
Normas editoriales de <i>Feminismo/s</i>	223

INTRODUCCIÓ

ELIZABETH MORA TORRES
UPTC (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia)
ALBERT GRAS I MARTÍ
(Universitat d'Alacant)

Al llarg de nou volums semestrals la revista *Feminismo/s* ha tractat temàtiques com l'art, la literatura, el dret, la política, la violència, etc., però les ciències experimentals només s'han tocat breument en el volum *Feminismo y multidisciplinariedad* que va encetar la sèrie¹. El camp de les medicines, la temàtica que abordem ací, està a cavall entre les ciències humanes i les ciències biofísicoquímiques. En plural, *Medicines*, perquè hem volgut acarar velles i noves visions sobre salut i malaltia. A més a més, el títol del volum parla de *gènere*, perquè aquest és un context important dins la medicina:

«No és només que una persona es fa visible per a la medicina com un subjecte amb gènere (perquè la susceptibilitat per a la malaltia i per a dolences concretes estan lligades fortament al gènere) sinó que el gènere afecta directament la forma que una persona, siga metge/essa o pacient, serà percebuda o tractada».²

La medicina moderna es qüestiona el procés de diagnòstic de les malalties, que habitualment només té en compte factors orgànics i no altres consideracions de tipus personal o social. En un treball recent sobre categories diagnòstiques i gènere, Bernabeu-Mestre *et al.*³ conclouen que el model biomèdic basat en les ciències naturals ha d'incorporar aspectes més integrals: la dimensió biològica i objectiva, la dimensió subjectiva i la dimensió social i cultural de la

-
1. MIQUEO, C.; BARRAL MORÁN, M.J.; DELGADO ECHEVARRÍA, I.; FERNÁNDEZ-TURRADO, T.; MAGALLÓN, C. «Del análisis crítico a la autoridad femenina en la ciencia», *Feminismo/s*, 1 (2003), pp. 195-216.
 2. LAFLEN, Angela: Taula rodona sobre «Prescribing Gender in Medicine and Narrative», consultat el 12/10/07 en <http://www.unm.edu/~loboblog/mort/archives/010204.html>
 3. BERNABEU-MESTRE, J.; CID SANTOS, A.P.; ESPLUGUES PELLICER, J.X.; GALIANA-SÁNCHEZ, M.E.: «Categorías diagnósticas y género: Los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea (1877-1936)», *Asclepio* 60(1), en premsa, p. 19.

malaltia⁴. Podríem afegir que s'ha de tenir cura de no introduir una dimensió «tecnològica»: de vegades una malaltia pot ser «inventada» per la indústria⁵.

Treballs com els d'aquest volum ajuden a entendre quin paper han tingut i, sobretot, poden tenir les dones en el desenvolupament de les ciències mèdiques en les tres vessants: com a pacients⁶, com a metgesses o sanadores,⁷, i com a mitjanceres⁸ entre les persones malaltes (que estan sovint a la seua cura) i el sistema de salut. En particular, algunes temàtiques apuntades en el volum 1 de *Feminismo/s*⁹ s'han abordat extensament ací: la vida de les dones científiques, amb l'exemple concret de la trajectòria d'Isabel Morgan¹⁰, les aportacions de les neurociències sobre conceptes com sexe, biologia i gènere¹¹ i el caràcter androcèntric de la recerca experimental en medicina, com a mostra, per exemple, el cas de la fibromiàlgia¹². També es veu en els articles que s'inclouen ací com, una vegada comencen dones i homes a treballar en igualtat de condicions, la teoria i la pràctica mèdica pot canviar radicalment: allò que sabem o el que valorem, pot modificar-se significativament. En general, les consideracions de gènere aporten noves perspectives i propostes d'actuació.

INTÈRPRETS ENTRE DOS MÓN

Com sabem, la paraula *gènere* és originalment un terme gramatical manllevat de la lingüística, on designa col·lectivament els noms masculins, femenins i neutres. L'antropologia fa servir el concepte de gènere per a discutir els papers que desenvolupen mascles i femelles en una societat. Aquests rols de gènere se suposava inicialment que eren el resultat «natural» del sexe. Tanmateix, estudis

-
4. Vegeu també VELASCO ARIAS, Sara; LÓPEZ DORIGA, Begoña; TOURNÉ GARCÍA, Marina; Calderó Bea, M^a Dolores; BARCELÓ BARCELÓ, Inmaculada; LUNA RODRÍGUEZ, Consuelo: «Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria», en aquest volum.
 5. PAPI GÁLVEZ, Natalia; CAMBRONERO SAIZ, Belén; RUIZ CANTERO, M^a Teresa, «El género como «nicho»: el caso de la publicidad farmacéutica», en aquest volum.
 6. Per exemple, en l'ús de medicines alternatives: PERDIGUERO, Enrique i TOSAL, Beatriz: «Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto», en aquest volum.
 7. Per exemple: BALLESTER, Rosa: «Isabel Morgan y el grupo de investigación sobre vacunas de la universidad Johns Hopkins (1940-1960): un modelo de análisis de la trayectoria de una mujer en el mundo de la ciencia», en aquest volum; i també, GRAS-VELÁZQUEZ, Àgueda; GRAS I MARTÍ, Albert: «Els canvis de paradigmes científics en medicina i les dones», en aquest volum.
 8. Per exemple: GANDIA HERNÁNDEZ, Eleuterio: «Cuidados de la salud en el ámbito doméstico: un rol de género. Remedios tradicionales usados en Villena (Alicante)», en aquest volum; també: RAMON SAPENA, Regina; BETLLOCH MAS, Isabel; CHINER VIVES, Eusebi: «Medicina mágica a les comarques de la marina. Papers masculins i femenins», en aquest volum; i també MORA TORRES, Elizabeth; PÁEZ MOLINA, Haymeth Cecília; QUIÑONEZ DAZA, Wellington; LÓPEZ M., Miguel Leonardo: «Mujer, salud y tradición en los U'wa de Colombia y cuestiones de género en las comunidades indígenas», en aquest volum.
 9. MIQUEO, C. *et al.*: Op. cit.
 10. BALLESTER, Rosa: Op. cit.
 11. DE JUAN HERRERO, J.; PÉREZ CAÑAVERAS, Rosa M^a: «Sexo, género y biología», en aquest volum.
 12. TOSAL HERRERO, Beatriz: «Síndromes en femenino. el discurso biomédico sobre la fibromiàlgia», en aquest volum.

en cultures diferents han demostrat que mentre que el sexe és una condició humana universal, els rols de gènere varien de cultura en cultura. Així ha sorgit el camp de recerca sobre estudis de gènere, i dins del qual pot contribuir qual-sevol epistemologia, no tan sols l'àrea d'investigació sobre la dona. La pregunta central en els estudis de gènere és fins a quin punt els rols de gènere en un camp concret de recerca són el resultat de la biologia o el resultat de condicionaments socials, és a dir, d'«enculturització». Aquesta pregunta és ben pertinent en medicina¹³ perquè els patrons de salut i de malaltia d'homes i dones són diferents en diferents moments de la vida, i de la comprensió de l'origen d'aquestes diferències (biologia, entorn social) es poden derivar tractaments o intervencions diferents en qüestions de salut¹⁴.

Sembla obvi que el coneixement de les persones en el propi context pot enriquir la pràctica mèdica, però la medicina no sol col·laborar amb disciplines no mèdiques, en particular amb les ciències socials. Part del problema rau en el fet que els estudis de gènere i la medicina no parlen el mateix llenguatge: la medicina forma part del paradigma positivista¹⁵ –la veritat es pot conèixer i es pot trobar per raonaments deductius–, mentre els estudis de gènere segueixen, en general, un paradigma crític postestructuralista –no hi ha una veritat universal, perquè els significats no estan fixats sinó que depenen del context–. La comunicació entre els dos camps de recerca, medicines i gènere, requereix d'un intèrpret, *el torsimany necessari* que subtitula aquest exemplar de *Feminismo/s*. I aquesta és precisament la intenció del present volum, propiciar la tasca d'acostament entre el món de les medicines i els enfocaments propis dels estudis de gènere.

ESTUDIS DE GÈNERE I MEDICINES

El millor exemple de com l'anàlisi de gènere ha canviat la ciència en general ve precisament de les ciències biomèdiques: fins fa uns quinze anys, els medicaments es posaven a prova habitualment només en homes i els resultats es generalitzaven a les dones¹⁶. L'efecte resultant del biaix de gènere en la recerca biomèdica és que les dones poden patir i morir innecessàriament¹⁷. Si s'elimina el biaix de gènere es pot obrir la ciència i les medicines a noves perspectives i qüestionaments. Quan es tenen presents els paradigmes científics dominants en medicina, l'anàlisi de gènere pot ajudar a superar la dicotomia dona/home, com

13. Vegeu, per exemple, «Gender studies» en la facultat de Medicine, Nursing and Health Sciences, de Monash University <http://www.med.monash.edu.au/gendermed/studies.html>

14. VELASCO ARIAS, Sara; LÓPEZ DORIGA, Begoña; TOURNÉ GARCÍA, Marina; Calderó Bea, M^a Dolores; BARCELÓ BARCELÓ, Inmaculada; LUNA RODRÍGUEZ, Consuelo: Op. cit.

15. GRAS-VELÁZQUEZ, Àgueda; GRAS I MARTÍ, Albert: Op. cit.

16. Per exemple PERDIGUERO, Enrique i TOSAL, Beatriz: Op. cit; i GRAS-VELÁZQUEZ, Àgueda; GRAS I MARTÍ, Albert: Op. cit.

17. SCHIEBINGER, Londa: *Introduction to Gendered Innovations in Science and Engineering*, Stanford University Press. Consultat el 18/3/07 en http://www.stanford.edu/group/IRWG/People/schiebinger_sg.pdf, p.10.

altres distincions cartesianes que solem fer en les cultures occidentals: entre nosaltres i les màquines, o entre treball manual i treball mental, etc.

Hi ha, però, pocs estudis sobre com l'anàlisi de gènere pot incrementar notablement el saber humà, quan s'adreça a camps de recerca com l'enginyeria, les ciències fisicoquímiques o la medicina. Hi ha ací un camp vast de recerca d'avantguarda del qual ja s'està prenent consciència. Per exemple, la Comissió de Recerca de la Unió Europea proposa que els dissenys de projectes consideren sistemàticament si, i de quina manera, el sexe i el gènere són rellevants en els objectius i en la metodologia dels projectes de recerca¹⁸. Aquesta influència es veu ja en camps tan allunyats de qüestions socials directes com la recerca de física d'alta energia del CERN; com a mostra, en una presentació d'objectius del pla EURISOL es fan les recomanacions següents:

«El disseny tractarà de promocionar a les dones, sense que això signifiqui tractar-les de la mateixa manera que als homes. Es tracta de no prendre les característiques, situacions i necessitats masculines com la norma, de manera que –per tal de tenir les mateixes oportunitats– s'espere que les dones es comporten com els homes. Es tracta d'assegurar que la igualtat de gènere signifiqui donar la mateixa consideració als padrons de vida, necessitats i interessos tant de dones com d'homes. Es qüestionarà sistemàticament si el sexe i el gènere són rellevants, i de quina manera, per als objectius i la metodologia del disseny, *tot reconeixent que no existeix la persona «neutra» universal*. Com que el sexe i les diferències de gènere són aspectes organitzatius fonamentals de la vida i de la societat, l'apreciació d'aquestes diferències té implicacions sobre l'execució del disseny. Sempre que siga possible, s'animarà a les dones a participar en les tasques i en l'estructura de gestió, i es garantirà que qualsevol disseny d'infraestructura tinga en compte les necessitats tant de dones com d'homes.»¹⁹

En aquest volum hem inclòs dos estudis de camp en temes de salut: un, fet en la comunitat indígena U'wa sud-americana, i l'altre en una comunitat autònoma de l'estat espanyol. Són mostres de com la recerca científica, feta amb atenció a qüestions de gènere, pot aportar noves visions i nous tractaments. Volem constatar, però, el fracàs com a editors en l'intent d'incloure una contribució feta des de la perspectiva d'una persona que treballa les Medicines Alternatives i Complementàries (MAC); encara és escassa l'activitat de recerca científica en l'àrea de les MAC²⁰, però estem convençuts que en futurs exemplars d'aquesta revista es podrà comptar amb contribucions en aquest camp emergent, per la seua pertinència especial en qüestions de medicina i gènere.

18. European Commission. The Preparatory Action in the field of Security Research Information Desk. Directorate General Research. JII-79 0/01 (2006). ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/security/docs/vademecum_en.pdf

19. EURISOL: Physics prospects from accelerated radioactive ions at CERN. The European facility for high-intensity radioactive beams. Gender issues. Consultat el 2/4/07 en <http://newbeams.in2p3.fr/talks/butler.ppt>

20. ERNST, E., PITTLER, M.H., WIDER, B.: *A desktop guide to Complementary and Alternative Medicine, An evidence-based approach*, 2nd edition. Baltimore, Mosby Elsevier, 2006.

MEDICINES TRADICIONALS, MEDICINA I SOCIETAT, I PERSPECTIVES

Les medicines es poden analitzar, tenint present la perspectiva de gènere, des de moltes vessants. En aquest volum n'hem proposat tres: en termes de medicines tradicionals, de medicina i societat, i de noves perspectives i paradigmes.

Les *Medicines tradicionals* s'aborden en tres estudis complementaris: dos en àrees geogràfiques properes, en una comarca valenciana, «**Medicina màgica a les comarques de la Marina. Papers masculins i femenins**», de Regina Ramon Sapena, Isabel Betloch Mas i Eusebi Chiner Vives, i en una població també valenciana: «**Cuidados de la salud en el ámbito doméstico: un rol de género. Remedios tradicionales usados en Villena (Alicante)**», de Eleuterio Gandia Hernández, i el tercer en un entorn físicosocial llunyà: «**Mujer, salud y tradición en los U'wa de Colombia y cuestiones de género en las comunidades indígenas**», escrit per Elizabeth Mora Torres, Haymeth Cecilia Páez Molina, Wellington Quiñonez Daza y Miguel Leonardo López M. Els estudis sobre medicina popular o tradicional investiguen les tradicions ancestrals i costums de tipus religiós popular o els remeis casolans que el poble ha emprat per guarir i previndre tot tipus de malalties, i la dona ha jugat un paper clau en el manteniment i pervivència d'aquestes pràctiques. S'expliquen, per exemple, remeis màgics per a trencar l'enfit o el mal d'ull. En l'estudi sobre la comunitat indígena sud-americana se n'ha investigat també l'estil de vida i la situació de salut, i es comenten breument tradicions com la de la *kókora*, i el que aquestes suposen a les joves; de vegades, les pràctiques tradicionals impedeixen el desenvolupament de l'atenció mèdica a dones i bebès.

El segon bloc d'articles gravita sobre qüestions de *Medicina i societat* i comença amb un article de Ana Paula Cid Santos que connecta amb una realitat malauradament quotidiana «**Las casas de acogida para mujeres maltratadas, como respuesta a un problema de salud pública**». Com ja s'ha dit, la medicina observa determinades malalties amb clars biaixos de gènere, i la fibromiàlgia n'és un bon exemple: «**Síndromes en femenino. El discurso biomédico sobre la fibromialgia**»; Beatriz Tosal Herrero denuncia el discurs hegemònic sobre la salut i el cos de la dona que ha produït el sistema mèdic científic occidental i que reproduïx valors socials que justifiquen i legitimen una situació d'inferioritat i de discriminació de la dona. També ocorre quelcom semblant en la indústria de la salut; Natalia Papí Gálvez, Belén Cambronero Saiz i M^a Teresa Ruiz Cantero analitzen des del punt de vista de la *construcció del coneixement científic*, «**El género como «nicho»: el caso de la publicidad farmacéutica**», és a dir, com les empreses farmacèutiques mercantilitzen els seus productes, i en fan negoci, fins el punt d'estar en el límit de la «invenció» de «malalties». S'inclou tot seguit un estudi detallat dels efectes d'abordar dolences de gran abast, com ara l'ansietat, la depressió i les somatitzacions, amb eines múltiples: «**Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria**», de Sara Velasco Arias, Begoña López Doriga, Marina Tourné García, M^a Dolores Calderó Bea, Inma-

culada Barceló Barceló i Consuelo Luna Rodríguez, i s'hi veu com un mètode d'atenció biopsicosocial que actua sobre la subjectivitat i els determinants de gènere pot millorar la qualitat de vida de les persones i reduir el consum de fàrmacs i de consultes mèdiques. Finalment, Rosa Ballester mostra el cas d'una carrera científica truncada per una decisió pròpia: «**Isabel Morgan y el grupo de investigación sobre vacunas de la universidad Johns Hopkins (1940-1960): un modelo de análisis de la trayectoria de una mujer en el mundo de la ciencia**», una decisió que probablement tenia una gran càrrega de consideracions de gènere.

El darrer bloc d'articles analitza noves *Perspectives* en les medicines. Comença per l'anàlisi d'un camp que pren força any rere any, «**Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto**», de Enrique Perdiguero i Beatriz Tosal, i que té la particularitat que les consideracions de gènere són implícites en la teoria i en la pràctica de moltes d'aquelles medicines. Hi ha diferències entre dones i homes tant en els patrons de mortalitat i morbiditat com en la percepció dels símptomes i en la gestió dels seus problemes de salut. El següent treball cerca aclarir alguna terminologia bàsica a la llum de la biomedicina; en «**Sexo, género y biología**» Joaquín De Juan Herrero i Rosa M^a Pérez Cañaveras analitzen conceptes tan importants i controvertits com el sexe, la identitat de gènere, el paper de gènere i l'orientació sexual, en una aproximació que vol allunyar-se de pressupòsits ideològics, religiosos i culturals. El darrer treball del volum és de caire més filosòfic, i discuteix «**Els canvis de paradigmes científics en medicina i les dones**». Àgueda Gras-Velázquez i Albert Gras i Martí analitzen com les medicines, i les MAC en particular, participen de les revolucions científiques que qüestionen el reduccionisme i el mecanicisme i acaren la realitat des de la visió quàntica. Els canvis de paradigmes que s'hi donen han d'influir també en canvis culturals i de la manera en què vivim. Aquesta revolució es veu impulsada per l'increment de la participació de les dones en la medicina, amb una actitud més participativa i menys autoritària, i nous models d'activitat i de relació terapèutica.

No cal dir que hem abordat només uns pocs temes de les medicines i el gènere, i n'han quedat molts més per a futures recerques: per esmentar-ne només un parell, seria interessant analitzar els estereotips de gènere en la classe mèdica o en els professionals hospitalaris, o com els veu la literatura o la cultura popular, el cine, etc.

RECERCA DE GÈNERE I SOCIETAT DE LA INFORMACIÓ

I, per acabar aquesta introducció, volem esmentar que la difusió dels continguts de *Feminismo/s* i dels objectius de la revista i del Centre d'Estudis sobre la Dona (CED) de la Universitat d'Alacant ha rebut un fort impuls recentment amb el salt a l'hiperespai en dos àmbits, l'accés gratuït als continguts digitals de la revista i l'ofertament de cursos en línia. La col·locació dels continguts de

la revista en Internet²¹ permet difondre àmpliament els treballs de recerca de la revista. I donar cursos en línia en format no presencial²² que tracten temàtiques de gènere, sumats als cursos tradicionals en formats presencials, permet arribar a més alumnes universitaris, i també a professionals de l'ensenyament i persones interessades de tots els àmbits. D'aquesta manera, es poden contagiar futures generacions d'investigadores i d'investigadors del cuquet de la recerca de gènere.

I és que, en revisar publicacions sobre qüestions de gènere, es constaten dos fets importants pel que fa a temes de recerca i a la formació investigadora²³: el primer fet és que allò que en algun moment era «feminista» es converteix en obvi en un altre moment. Quan punts de vista o pràctiques feministes esdevenen àmpliament acceptats en termes culturals o científics, ja no es veuen com a «feministes». Per aquest motiu, el terme *feminista* sempre es refereix a persones, polítiques o propostes que estan a l'avantguarda. I en segon lloc, no hi ha una ciència de dones i una d'homes, ni una manera femenina de saber, que s'aplique en el laboratori de recerca o en la consulta mèdica. Però això no significa que el biaix de gènere no haja tingut un impacte enorme en tots els camps del coneixement. Tanmateix, l'anàlisi des de la perspectiva de gènere requereix una formació rigorosa perquè no hi ha receptes que es puguin simplement incloure en cada projecte de recerca. Això implica que la formació en l'anàlisi de gènere ha de començar en els anys d'estudis universitaris i de formació com a doctorands.

AGRAÏMENTS

A aquest volum han contribuït diversos grups d'investigació locals, fet que ressalta la qualitat de la recerca en medicina i gènere en les dues universitats veïnes (UA i UMH). Agraïm l'esforç de totes les persones que hi han contribuït directa i indirectament i, en especial, a Mónica Moreno Seco, Josep Forcadell i Josep Bernabeu, i també a la direcció del CED per la confiança dipositada en la nostra proposta.

21. <http://www.ua.es/va/cem/publicaciones/revista.htm#numeros> i <http://rua.ua.es:8080/dspace/handle/10045/794>

22. Vegeu <http://ticat.org> i, també, <http://www.ua.es/va/cem/cursos/2007-2008/index.htm>

23. SCHIEBINGER, L.: Op. cit.

MEDICINA MÀGICA A LES COMARQUES DE LA MARINA. PAPERS MASCULINS I FEMENINS

REGINA RAMÓN SAPENA

ISABEL BETLLOCH MAS

EUSEBI CHINER VIVES

Universitat Miguel Hernandez (Elx)

La medicina popular consisteix en l'estudi de les tradicions ancestrals i costums de tipus religiós popular que el poble ha emprat per guarir i previndre tot tipus de malalties. La malaltia és un fenomen inseparable de la vida i totes les societats han fet front als problemes que aquesta planteja. Al món actual existeix un elevadíssim nombre de sistemes mèdics que han persistit al llarg del temps i que podem tipificar partint dels fonaments en què es basen: creences màgico-religioses, l'empirisme i la ciència. Els dos primers apareixen associats amb distinta proporció i sovint, sobretot als països desenvolupats, coincideixen o conviuen amb el sistema mèdic tradicional, amb un equilibri més o menys inestable. La medicina popular està present en les col·lectivitats urbanes i inclou tota una sèrie de normes de conducta, valors i criteris, idees i visió de les coses, vocabulari, etc, relacionades amb la salut, les malalties i la lluita contra aquestes.

L'empirisme mèdic comprén principalment el món de l'etnofarmacologia, sobre les que conflueixen la botànica, l'etnologia i la història. La medicina popular basada en les plantes medicinals és molt ampla i rica a l'àrea mediterrània i excedeix de les intencions del present treball.

Pel contrari, el curanderisme es troba a cavall entre l'empirisme i el sistema mèdic tradicional comportant-se el curander com un pràctic de la medicina popular que empra elements d'ambdós sistemes. Els rituals i pràctiques integren aspectes culturals i socials i també les motivacions dels seus participants. El curanderisme i la pràctica màgica constitueixen un sistema d'acció social basat en el rol i l'estatus, el qual s'adquireix baix distintes formes.

Als països mediterranis i concretament al País Valencià, la dona ha jugat un paper clau en el manteniment i pervivència d'aquestes pràctiques. A més a més del seu tradicional rol a la família en quant a cura de la casa i els fills, ha ocupat el seu paper en el coneixement dels remeis per a conservar la salut i ha estat dipositària de coneixements ancestrals. Aquests sovint són cassolans, per ús o

administració «domèstica» als propis integrants de l'unitat familiar. En altres casos s'obre més enllà del nucli íntim, per a transcendir a la comunitat complint aquest rol o status a què ens referiem. Sorgeixen així les figures de les quals parlarem a continuació com la *medidora* i que podríem considerar «especialistes» en matèries concretes, quasi sempre marcades per la «gràcia» o capacitat, heretada, rebuda, adquirida o transmesa conformat un sistema estructurat. Les creences religioses sense dubte impregnen aquestes pràctiques, però algunes d'elles són de marcat caràcter pagà o han estat paganes en el seu origen.

La dòna, però, comparteix aquest status amb l'home, el qual adopta més sovint, però no de forma exclusiva, els papers específics que requereixen força, habilitat manual, o què per les seues característiques podrien no estar socialment ben considerades per a una dona, tal és el cas de *l'eixarmador*, del *compenedor* o del *saludador*.

En el present treball comentem alguns aspectes relacionats amb la medicina màgico-religiosa què hem pogut comprovar encara són vius al nostre entorn. Per raons pràctiques, l'àmbit del treball es va restringir a les comarques de la Marina Baixa i Marina Alta (Alacant) i no preten ser exhaustiu, ja que més bé representa una xicoteta mostra del nostre patrimoni. Hem exclòs els aspectes relacionats amb la etnobotànica i el vocabulari mèdic popular i que han estat objecte d'altres treballs dels autors¹. El treball ha estat basat en informants, entrevistes sistemàtiques i en els repertoris bibliogràfics a l'abast.

1. REMEIS MÀGICS

Hi ha malalties considerades pel poble no mèdiques i per al seu tractament s'utilitzen oracions acompanyades de maniobres no perjudicials, perquè la medicina popular estricta no tracta de curanderisme, i les persones que diuen aquestes oracions no solen actuar de forma comercial, simplement coneixen la oració transmesa per un familiar o amic; aquesta transmissió es fa normalment en Dijous o Divendres Sant o en determinades condicions. Les persones encarregades de dir les oracions solen ser majoritàriament dones, devotes de la Santíssima Trinitat i la Verge.

1.1. Trencar els golls

En relació al tractament de les adenopaties agudes, ganglis que solen eixir als costats del coll, braç o cama durant les infeccions, hi ha un ritual anomenat *trencar els golls* que consisteix en trencar, o millor dit aplastar eixos ganglis, palpant aquests nòduls amb el dit polze untat en oli o saliva i deslliçant-lo cap amunt i cap abaix, per la cara interna del braç, coll o cama, buscant els bultets o bo-

1. CHINER, E.; ANDREU, A.; PASTOR, E. *et. al.*: «El lèxic pneumològic a les Comarques de la Marina i l'Alacantí», X^e Congrés de la Societat Valenciana de Pneumologia, Alacant, 2003 (Premi de la Societat Valenciana de Pneumología a la millor comunicació oral). RAMÓN, Regina: *L'expressió dermatològica al llenguatge popular valencià. Amb especial referència a la comarca de la Marina Baixa*, Tesi doctoral. Departament Medicina Clínica, Universitat Miguel Hernandez. Alacant, juny 2006.

nyets i amb el fregament s'aplasten fins que es desfan. Aixó pot acompanyar-se d'oracions a la Santíssima Trinitat. Aquest ritual pot ser practicat per qualsevol persona, inclús el propi malalt, encara que no tinga *gràcia* i és una pràctica amplament extesa als pobles de la Marina Baixa. A tots els pobles solia haver una persona exterta en aquesta tasca².

1.2. Llevar o traure el sol del cap

El *sol al cap* o *insolació* té un primer símptoma clar que és quan la suor del cap s'asseca sola, s'evapora quan ix, sense necessitat d'utilitzar el mocador o passar la mà. Si no es busca una ombra i es continua al sol, es nota certa fluïxesa, puja la febra, en ocasions té vertigen i sempre excitació nerviosa.

Es tracta popularment amb un ritual específic i molt conegut anomenat *llevar el sol del cap*, que consisteix en treure l'excés de calor del cos amb aigua freda, acabada de pouar de l'aljub, omplint un got d'aigua o amb una botella de vinagre i colocal-lo damunt del cap, fins que s'escalfa amb el calor que ix del cos i que, a voltes, es manifesta amb un sangrat pel nas, pot ser indicant l'eixida del calor.

El resultat és miraculós i són molt poques les voltes que la operació resulta fallida³.

1.3. Trencar l'enfit

L'enfitament, entripament o empatx (també anomenat tenir una parà) és una indigestió del ventrell i el podem agafar per moltes i variades causes, sempre al voltant de la menjada, per massa menjar, inoportunament o amb fàstic. La fruita verda pot ser l'origen de la major part d'ells.

Trencar l'enfit és un remei popular per a aliviar o curar l'estat d'enfitament.

És administrat per dones que tenen *gràcia* –la medidora o trencadora– i han après les oracions el Dijous Sant a les dotze de la nit davant del Monument del Senyor, transmeses per una altra dona de poder semblant i que en general ja és molt vella per a exercir o vol traspasar-les a una filla o a una dona d'alguna població que no dispose de *trencadora d'enfit*.

Quan una persona està enfitada, la trencadora té dues modalitats per a tornar la pantxa al bon camí.

Una es posar-se dret davant la mestressa, que agafa un mocador de seda (en alguns pobles ha de ser roig i para tota la nit de Dijous Sant) sota el llit d'un Crist ajegut gran (la llargaria ha de ser tres vegades la distancia entre el colze i

2. CAPÓ, B.: *Costumari Valencià. I i II*, 2ª Ed., Barcelona, Bullent, 1999. CHINER, E.: «Medicina i temes relacionats», en P. Almiñana: *Diccionari temàtic de Benidorm*, Regidoria de Cultura. Ajuntament de Benidorm (en premsa). MARTÍNEZ I MARTÍNEZ E.: *Coses de la meua terra. La Marina*, Altea, Aitana, facsímil, 1987. MARTÍNEZ I MARTÍNEZ E.: *Coses típiques de la Marina, la meua comarca*, València, L'Estel, 1970..

3. FRESQUET, J.L.; TRONCHONI, J.A.; FERRER, E.: *Salut, malaltia i terapèutica popular*, València, Ajuntament de Catarroja, 1994. GIL BARBERÀ, J. i MARTÍ MORA, E.: *Medicina valenciana màgica y popular*, València, Carena, 1997.

la punta del dit gros de la mà) i li'l dóna al malalt el qual l'agafa entre els dits polze i l'índex posant-se'l a la panxa i d'ací a la panxa de la trencadora. Des de la panxa seua a la del malalt mesura tres colzades (aplica el colze del braç dret a la punta del mocador) i amb la mà estirada subjecta amb les puntes dels dits índex i del cor tot el que pot alcançar, l'agafa amb la mà esquerra i el passa pel colze tres vegades. Aleshores, solta les tres parts i el pacient, igual que abans, es posa al ventre una punta de la mida exacta i l'altra punta a la panxa de la trencadora. Ho tornen a mesurar i si resulta la mida exacta a la que han feta abans, el malalt ja està bo; si en la tercera colzada, la veta es queda curta, a l'altura del ventre o del pit, allí on apleguen les puntes dels dits, és fins allí que li aplega l'enfit⁴.

Mentre va medint va fent la senyal de la Santa Creu i resant mentalment una oració. Les oracions poden ser alguna d'aquestes:

«Per la mà de Jesús i Maria
I després la meua
Amb la túnica del nostre Senyor i el mant de Maria
Jesús corona i claus
Possa les teues mans Senyor i jo possaré les meues
Amb la túnica del Senyor i el mant de Maria
Jesús possa les vostres mans
Jo possaré les meues
Jesus corona i claus»

El malalt diu:

«Al principi del temps
Sant Gregori es va empatxar
I en el nom del seu fill
La Verge s'el va curar»

El sanator diu:

«Amb la meua mà pecadora,
Que Deu, el pare, va crear,
A tu l'empatx de dues boles,
He de curarte jo.
Pare, Fill i Espíritu Sant
Que baixi la pelota
I tú satanàs no l'evitaràs
Perque amb mí està
La Santísima Trinitat»

L'altre sistema emprat és el de preparar un platet amb una mica de oli en què la dona mulla els dits i després va fregant, mentres resa, al voltant del melic del malalt. Amb un parell de sessions el bony del ventrell va minant fins que desapareix del tot i deixa la panxa llesta per noves aventures gastronòmiques.

4. CAPÓ, B.: Op. cit., MARTÍNEZ I MARTÍNEZ, E: *Coses de la meua terra...*, op. cit. MARTÍNEZ I MARTÍNEZ E: *Coses típiques de la Marina...*, op. cit.

Les dones no poden cobrar però s'agraeix la seua administració del remei amb productes casolans com ara ous, coques, una gallina o un conillet.

Els xiquets sovint jugaven a enganyar la trencadora, la qual, només veure'ls, ja sabia que no estaven enfitats i els despatxava.

1.4. Posar les canyes

Posar les canyes és un procediment per a tractar el dolor lumbar, que consisteix en col·locar dues canyes a l'alçada de l'àrea lumbar, que agafa per un costat el malalt i per l'altra el componedor, qui al temps recita una oració. Si les canyes es creuen, el mal es va resolent, mentre que si es mantenen en la posició inicial el diagnòstic resulta negatiu i també la seua acció terapèutica⁵.

1.5. Nit de San Joan

És la nit del 23 al 24 de Juny i es considera una nit màgica en la que es fan rituals per a obtenir remeis populars però també és el moment en que les persones (homes i dones) dotades de *gràcia* poden transmetre els seus coneixements als seus successors.

Alguns exemples de tractaments obtinguts eixa nit consisteixen en posar aigua a la llum de la lluna per a després utilitzar-la en massatges o friccions per a tractar la caiguda del cabell. També al ficar-se a la mar al tocar les dotze d'eixa nit hi ha la creença de que es curen les malalties especialment les de la pell. Revolcar-se sobre herbes eixa nit diuen que cura la llepra⁶.

1.6. Vestit de frare

A Altea on hi ha un convent de frares franciscans, hi havia, i encara hi ha una gran devoció al pare Sant Francesc i predilecció pel seus religiosos, de manera que encara avui solen anomenar *flares* als sacerdots. Hi ha una tradició antiga que diu que quan algun xiquet estava malalt i deshauciat pels doctors, i els curanderos declaraven l'impossibilitat de la cura acudien al Sant d'Asís fent-li la promesa de que si el xiquet curava el vestrien de frare. Quan el bon pare s'apiadava de la pena dels devots pares de la criatura o a la natura li donava la gana de fer un impossible, encomanaven un habitet a mida i el xiquet quedava convertit en un diminut frare⁷.

5. BALAGUER, E.: «La Medicina Popular», en J.M. López Piñero (dir): *Historia de la Medicina Valenciana, Tomo III*, València, Vicent García editores SA, 1984, pp. 197-209. FRESQUET, J.L.: *Salud, enfermedad y terapèutica popular en la Ribera Alta*, València, Instituto de Estudios Documentales e Històrics sobre la Ciencia. Universitat de València, 1995.

6. GIL BARBERÀ, J.; MARTÍ MORA, E.: Op.cit. MARTÍNEZ I MARTÍNEZ, F.: *Coses de la meua terra...*, op. cit. MARTÍNEZ I MARTÍNEZ, F., *Coses típiques de la Marina...*, op. cit.

7. MARTÍNEZ I MARTÍNEZ, F.: *Coses de la meua terra...*, op. cit. MARTÍNEZ I MARTÍNEZ, F.: *Llegendari valencià*, Alacant, Institut de Cultura Joan Gil Albert, 1996.

1.7. Passar la mà

És una gràcia que tenen algunes persones, generalment dones, per a calmar els dolors o curar malalties per efecte dels massatges amb la mà, acompanyats d'oracions i d'algunes substàncies com oli o *emplastres* d'herbes.

1.8. Marrubi

És el nom que reb el *Marrubium vulgare* L., planta d'aspecte blanquinós per la seua abundant vellositat i olor característic, de la família de les llaviades, de fulles arrodonides i flors blanques agrupades a les aixelles de les fulles superiors, que creix a les vores dels camps, marges o escombraries. A part d'emprar-se com a fluidificant a les afeccions respiratòries i com antitèrmic en les febres pal·lúdiques, el seu ús més popular ha estat per a curar l'aliacà o icterícia.

En efecte, el malalt ha de matinar i, en dejú, deu *enganyar el marrubio*, la qual cosa consisteix en saludar de matí al marrubio situat a l'orinal baix del llit amb les paraules «*bona nit senyor marrubio, ací li porte el pixum, la sal i el senyor aliacà*». Dit açò s'orina damunt la planta. Per la nit es fa el mateix romanç i cerimònia però enganyant-lo, diguent-li «*bon dia*». Als nou dies de repetir-ho, en la mida que el marrubi va secant-se, l'aliacà està curat.

Aquest remei no té fonament científic, però sí és cert que el període de duració de l'aliacà, quan la seua causa és de tipus infecciosa com la deguda a la hepatitis, és d'uns nou dies, desapareguent així la coloració groguenca de forma espontània. La resposta però, seria nul·la quan les causes foren d'altra naturalesa com aquelles de tipus tumoral.

Amb aquestes maniobres tenen semblança amb maniobres hindus molt antigues que traspassaven el color groc a coses grogues com el sol⁸.

1.9. Prevenció de l'escaldamenta

Portar penjat al coll un tros de card silvestre (Panical– «*Eryngium campestre*») és tractament preventiu de l'eczema, l'escaldamenta i les irritacions de la pell en general. A la Vila Joiosa és molt empleat aquest mètode durant tot l'any pero especialment a les festes de moros i cristians que es fan a juliol, ja que fa molt de calor i a les desfilades és freqüent l'aparició de escaldadures.

1.10. Tractament del mal d'ull

El mal d'ull o pres d'ull es coneix desde temps remots en totes les cultures, es una malaltia produïda pel poder de la mirada d'algunes persones i que pretén perjudicar especialment a xiquets. Es manifesta per pal·lidesa, color terrós de la pell, fluixetat, aprimament, tristor i pèrdua d'apetit. És una malaltia no-mèdica i per tant no la poden curar els metges, precisa de remeis populars per a evitar-la i combatre-la, com ficar un llaç roig al carret dels xiquets o dir determinades

8. CHINER, E.: Op. cit. FRESQUET, J.L.; TRONCHONI, J.A.; FERRER, E.: Op. cit.

oracions. Abans de dir les oracions es santigüen, diuent el nom del xiquet i preguen, per eixemple:

«Dos (els ulls) són els que t'han fet mal.
Tres els que et tenen que curar:
Pare, Fill i Espirit Sant.
Santa Ana mare de la Verge.
La Verge mare del nostre Senyor.
Santa Isabel mare de Sant Joan Batiste.
I tota la Santissima Trinitat.
Si es una mirà la Verge Maria et té que curar.»

Una altra oració és:

«Eixos ulls que t'han mirat,
Eixa boca que t'ha parlat.
Santa Ana mare de la mare de Deu,
La mare de Deu mare del nostre senyor,
La gloriosa Santa Isabel, mare del glorios Sant Joan.
Si estes paraules son veritat
En el nom de la santissima Trinitat i la Verge Maria
Que li lleven el mal i la malaltia a (nom del malalt).»

Una variant d'aquesta darrera:

«Eixos ulls que t'han mirat,
Eixa boca que t'ha parlat.
La mare de Deu, Mare de Santa Ana,
Santa Ana mare del glorios Sant Joan.
Estes tres paraules són verges i veritat
Que li llevaran la malatia de pres d'ull a (nom del malalt)»

Després es resen tres salves repetint el nom del xiquet. L'oració es repeteix tres vegades i nou si es Dijous o Divendres Sant. S'acava fent la senyal de la Santa Creu.

1.11. Tractament del mal aire

Afecció coneguda desde antic per la gent gran dels nostres pobles, que sempre ens aconsellaven evitar les corrents d'aire, tapar la boca al eixir d'un lloc tancat i tapar bé la zona lumbar perque un mal aire podia donar un dolor en la «rinyonà».

Al que està afectat d'un mal aire es diu que «l'hi ha donat una bufà d'aire» i ha de curar-se d'aquesta malaltia no-mèdica amb tractaments de masatges o herbes i sobre tot amb oracions, entre elles es troben les següents:

«Jo et conjure mal aire,
En el nom de Deu pare
Jo et conjure mal aire
En el nom de Deu fill
Jo et conjure mal aire
En el nom de l'Espirit Sant

Les tres persones distintes i només un verdadero Deu
Monja que a l'horta estas
La nit de maitines, dia de Nadal
Hui arreplegant flors per a tractarme els mals
I per a redimir a tots els pecadors
Confia en Jesus i Santa Maria
Aquestes paraules que et dic tenen tanta virtut
Que lleven el mal i tornen la salut.»

2. ALGUNES MALALTIES QUE ES BENEFICIEN DE REMEIS MÀGICS

2.1. Berrugues

Les berrugues són petits tumors cutanis que ixen espontàniament per qual-sevol part del cos i especialment a les mans, produint, en ocasions, una pruija molesta que ha donat peu al fet que una persona reba el nom de berrucosa quan es fa una mica pesada. Les berrugues sempre s'ha dit que desapareixen molt per efecte de la psicoteràpia, la medicina popular o els sortilegis⁹.

Al voltant de les berrugues hi ha tot un món d'obscuritat del seu tractament, sempre fora de la medicina científica, deixant aquesta tasca en mans dels remeiers que mai no falten als nostres pobles.

El misteri comença amb el naiximent del remeier un Dijous o Divendres Sant i les làmines horitzontals de la part anterior del seu paladar han de tenir forma de creu. La seua gràcia li permet curar berrugues i cadascun d'ells empra el seu propi sistema de treball per a que els tumorets s'en vagen i mai més tornen

Hi ha moltíssims remeis populars per a tractar-les que van desde el clàssic remei de fer tants nusos en una corda d'esparg com número de berrugues es tenen i tirar la corda dins d'un pou; quan es podreix l'esparg desapareixen les berrugues. També contar el número de berrugues en silenci repetint mentalment una oració que és «*Este fic es curarà per la meua gràcia i el dit de la meua mà*».

Una altra manera és anar a un pou, tirar-hi dins tants cigrons secs, després d'haver-los tocat el curander, com berrugues es tinga i arrancar a córrer abans que els cigrons no toquen l'aigua. Un altre és anar a casa del remeier, que estarà en dejú, tres divendres seguits i mostrar-les les berrugues, per sobre de les quals anirà passant el dit ensalivat. El darrer i més conegut és aquell que consisteix en comptar el nombre de berrugues i escriure-lo al costat del nom en un paperet. El curander resa una oració especial i secreta que només es pot transmetre de pares a fills i només els dies més assenyalats de la Setmana Santa¹⁰.

2.2. Padastres

Un remei molt curiós i molt emprat per evitar els padastres, pellofetes que apareixen al voltant de les ungles molestes i antiestètiques, és tallar-se les un-

9. COSTA, I.; ROLDAN, G.: *Enciclopedia de las supersticiones*, Barcelona, Planeta, 1997.

10. SEJO, F.: *Curanderismo y medicina popular*, Alicante, Biblioteca Alicantina, 1974.

gles els dies de la setmana que no tinguen la lletra "R" (dilluns, dijous, dissabte, diumenge).

Parlant del tallament d'ungles també la creença popular diu que tallar les ungles a un xiquet baix de una figuera fa que el xiquet ixca cantador.

2.3. Mussol

Són tres les classes de mussols que coneixem: els ocells d'ulls grans, la perona poc animada i el furóncol que ix a al vora d'una parpella, a voltes dolorós i sempre molest. Parlem d'aquest darrer, que la veu popular sempre ha dit que era una conseqüència lògica de la formosor de la persona que els patia. Pot ser fora una manera que fer suportar millor la molesta afecció als joves que la tenien. El tractament del mussol pot fer-se de diferent maneres:

Eixir de bon matí, o a poqueta nit, a un camí de les afores i construir-hi al centre una petita piràmide de pedres mentre es recitava una cançoneta, sense la qual l'obra no aprofitava. La cançó és «a tú te'l deixe, a tú te'l done». Calia esperar que algunt vianant passés pel lloc i li donés una puntada a les pedres, pero estava prohibit tornar per a veure si el muntonet de pedra ja havia estat desbaratat. Al passar 3 o 4 dies el furóncol havia desaparegut i així augmentava la creença en l'efectivitat d'el remei.

Un altre tractament era passar una clau freda i foradada varies voltes al dia damunt del mussol

També passar la mà per l'ull tres colps dient: «mussol 4, mussol 2, mussol 3 pa tú és».

Totes aquestes són fórmules per guarir una malaltia que la naturalesa tota sola s'encarrega de dur i emportar-se.

2.4. Herpes zòster

L'herpes zoster és conegut com colebrina o foc de Sant Antoni i és una malaltia vírica amb dolors neuràlgics vius i erupció vesiculosa a determinada àrea de la pell. La gent pensa que és una malaltia de la sang, que s'intoxica i d'ella ix una animal que es pasetga per baix de la pell. Hi ha tractaments popular com són:

Es mata un gall i amb la sang de la pota es fan creuetes seguint el trajecte de la colebrina i aixó pot anar acompanyat d'una oració «En nom de Deu el cap i la cua et talle, Satanàs, ves-te'n a l'infern i d'allà no has de torna mai més», la resta del pollastre es menja.

També per a «matar» la colebrina s'ha d'anar a al vora de la mar el malalt i el acompanyant. El sà agafa aigua del mar en una ampolleta dient una oració «Aquesta aigua jo recull, de la gran mar a la seua vora, per a curar a un cristià que té la colebrina». El malalt es coloca d'esquenes al mar i aguanta l'aigua, el sà mulla un pal en l'aigua i fa creus damunt la colebrina dient «Colebrina jo et mate, colebrina jo et talle, colebrina ves-te'n cap a l'infern».

Després de l'oració el malalt tira l'ampolla per a trencar-la i el sà tira el pal al mar. Es precís fer-lo amb aigua de mar, no serveix aigua amb sal.

3. SANAR PER ACTUACIÓ DE SANTS

Tots els pobles i cultures han aprofitat la religió acudint als seus deus per a demanar salut i remei per a les seues malalties, i també han dedicat santuaris als deus sanadors.

La nostra tradició cristiana també ha adjudicat el tractament de certes malalties a determinats sants segon els seus martiris o les seues vides; són els anomenats Sants sanadors.

Els Sants sanadors són un grup de 14 sants famosos per les seues curacions, així

- San Pantaleó curava l'astènia, l'aprimament i la tuberculosi,
- Sant Esteve: el mal de morros,
- Sant Donís: la sífilis,
- Sant Jordi: malalties hepàtiques,
- Sant Blai: mal de gola i estòmac,
- Sant Erasme: ventre i estòmac,
- Sant Vito: letàrgia i ball de Sant Vito,
- Sant Cristòfol: pesta,
- Sant Ciríaco: embestides del demoni, actualment epilèpsia,
- Sant Acaci: mal de cap,
- Sant Gil: bogeria,
- Sant Eustaqui: contra el foc,
- Santa Margarida: mal de ronyó i embarç,
- Santa Bàrbara: mort repentina,
- Santa Caterina: santa consellera

Sant Antoni, encara que no inclòs dintre dels catorze Sants sanadors, té molt interès perquè és invocat especialment contra les malalties de la pell. Contra la borradura de la mainada es posa oli calent de llàntia del Sant sobre la pell danyada. També és invocat sovint contra l'erisipela, i els mesells portaven una campaneta lligada al monyo amb l'imatge del Sant per a prevenir de llur proximitat a la gent¹¹.

Altres tractaments en la línia màgica-religiosa per al tractament de la llepra consisteixen en encendre-li espelmes a Sant Llätzer o Sant Damià o encomanar-se a Job.

4. PROFESSIONS SANITÀRIES MÀGIQUES

Destaquem uns professionals sanitaris on la seua activitat sanadora es basava en rituals i oracions màgiques. Alguns per a poder exercir aquestes pràctiques han d'estar dotats de «*gràcia*» i altres només fent servir els rituals ja obren efecte: *compenedor, medidora, saludador, saginero* i *eixarmador*.

11. AMADES, J.: *Costumari català. El curs de l'any*, Barcelona, Salvat, 2003.

4.1. Compedor

El *compedor* és un curander amb *gràcia* que es fa càrrec de tractar problemes deguts a causes externes de tipus traumatològic com cops, contusions, torçades, luxacions..., així com dolors d'articulacions, d'ossos, musculars i reumatològics. El procediment que més utilitzen és el massatge que s'acompanya de fregues amb alcohol o oli beneït, però també coneixien tècniques de tractament de torçades. Aquest professional seria també l'encarregat del ritual de *posar les canyes*¹².

Encara que el *compedor* fa funcions de lo que avui en dia equivaldria a traumatòleg-reumatòleg, el professional a qui més s'assemblaria pels tractaments que feia servir seria al fisioterapeuta.

4.2. Medidora o trencadora

La *medidora* o *trencadora* és una dona que fa el *trencament de l'enfit*, que es un remei popular per a aliviar o curar l'estat d'enfitament. Com s'ha dit, és administrat per dones que tenen *gràcia* i han après les oracions el Dijous Sant a les dotze de la nit davant del Monument del Senyor, transmeses per una altra dona de poder semblant i que en general ja és molt vella per a exercir o vol traspasar-les a una filla o a una dona d'altra població que no disposa de *trencadora d'enfit*¹³.

4.3. Saludador

El *saludador* era la persona que tenia la capacitat o *gràcia* per a *saludar* o curar les ferides. El saludador tenia poders pràcticament des del naixement i devia reunir una o més circumstàncies: ser el setè fill d'una família de set varons, nàixer el dia de Divendres Sant o de Nadal, però sobre tot tindre una creu en el paladar, a diferència de la forma de «palmera» normal, formada pels plecs de la mucosa. Segons es deia, havien d'haver plorat tres vegades al ventre de la mare abans de nàixer. Els seus poders eren atribuïts a Santa Quitèria, verge i màrtir gallega del segle I i venerada des del segle II com protectora de la ràbia.

Els *saludadors* van tindre molta importància fins el segle passat, particularment fins 1885 en que Louis Pasteur demostrà la utilitat de la vacuna de la ràbia, en una època en que l'ús d'antisèptics era escàs i no existien els antibiòtics. Les primeres notícies sobre els *saludadors* vénen referides per frai Martin de Castañega en 1529 i en parlen d'ells molts intel·lectuals dels segles XVI al XVIII, com Benito Jerónimo Feijoo, qui va dedicar un discurs del seu «Teatro crítico Universal» (1726-1740) a aquest personatge. Els *saludadors* sovint van ser processats per la Inquisició, com va ser el cas de Pau Botella, pastor valencià que en 1727 va estar processat pel Sant Ofici de València i a més a més de rebre

12. CAPÓ B.: Op. cit. GIL BARBERÁ J. MARTÍ MORA E.: Op. cit.

13. MARTÍNEZ I MARTÍNEZ, F.: *Coses de la meua terra...*, op. cit.

200 assots, va estar condemnat a quatre anys de desterrament a Callosa d'En Sarrià¹⁴.

Dels *saludadors* de Benidorm destaquem a Antoni Calvo Llinares, *Toni l'au*, nascut en 1901 i mort en 1969. Tenia la creu al paladar, havia nascut en Dijous Sant i sembla que havia plorat abans de nàixer (la família no assegura aquest fet). Va exercir de *saludador* aplicant-se aigües a la boca i xuclant les ferides, curant tant mossegades d'animals com ferides infectades, alguna d'elles molt greus. Des del punt de vista científic el *saludador*, tret de les seues connotacions religioses, emprava antisèptics (aigües), desbrida les ferides amb remeis físics (dents, ganivet), aplica pressió negativa (la boca) per aspirar detritus i pus, i a més a més compta amb un antibiòtic-antivíric natural en la saliva (lisozima). No dubtem per tant que la terapèutica fora en molts casos efectiva i ocupava moltes vegades el lloc del metge.

4.4. Saginero

El *saginero* deriva de la paraula *sagí*, mantega, greix dels animals, especialment del porc, i que es sala per a guardar-lo o es fon per a fer greix. El *sagí* també és una regió del baix ventre. El *saginero*, també anomenat *enxisero*, era un personatge terrorífic semblant a l'*home del sac* que s'endua els xiquets. Sovint, les persones majors el nomenaven perquè els xiquets feren la migjornada o no ixqueren de casa, generalment a l'ambient del camp. Malgrat el seu aire de llegenda, sembla que respon a la figura d'un personatge real de l'Espanya del segle XIX, el qual segrestaria xiquets per treure'ls la sang i el sagí, en una època en la qual la ignorància de la medicina en el tractament de malalties com la tuberculosi i la manca d'escrúpols d'alguns, feia que persones amb diners compraren aquests remeis. La tradició conta que un xiquet de Benidorm va ser trobat amb vida a la Serra Gelada després d'haver estat segrestat i abandonat per un *saginero*¹⁵.

4.5. Eixarmador

L'*eixarmador* era una varietat de curandero que curava tota mena de malalties per art d'encantament, és a dir, que no tenia necessitat d'utilitzar cap tipus de medicament, perquè tirant mà dels psalms, ja foren de David o Salomó, treia les xacres dels cossos i fins i tot acabava amb aquelles que feien niu al cervell¹⁶.

Guarir per eixarm ha estat sempre una pràctica supersticiosa i no només per fer-la mitjançant les oracions secretes, sinó a més perquè s'empraven sortilegis, es miraven el pas dels estels pels camins del firmament i, també, perquè s'hi feien servir bestioles. A vegades, l'encertaven. La fama de l'*eixarmador* anava creixent, alhora que creixia un sentiment de respecte i d'admiració per part d'aquelles persones que havien tingut la sort de traure's de damunt la malaltia.

14. CHINER, E.: Op. cit.

15. CHINER, E.: Op. cit.

16. CAPÓ, B.: Op. cit.

L'eixarmador era realment un especialista en tornar ossos al lloc, cosa que feia passant el dit polze per sobre de la part descojuntada mentre traçava creuetes i els llavis trenaven oracions quasi sempre tretes dels psalms. A més de resar, de tant en tant donava una bona estirada i els ossos acabaven per obeir els maneja-ments i tornaven al lloc primer d'on havien eixit pel qualsevol circumstància fortuïta. Encara avui tenim al nostre voltant gent aficionada que treballen per a fer un favor i no ja com a modus vivendi.

5. CONCLUSIONS

Als països mediterranis i concretament al País Valencià, la dona ha jugat un paper clau en el manteniment i pervivència de les pràctiques relacionades amb la medicina màgica. Ha desenvolupat el seu rol tradicional a la família, casa i fills i també ha estat part fonamental de la medicina màgica, perquè ella era la poseidora dels coneixements ancestrals dels remeis per a conservar la salut.

També, a banda de tindre els coneixements, és la encarregada de dur a terme gran part de les pràctiques màgiques especialitzades per a les que cal tenir una gràcia que solament ella pot transmetre. Comparteix amb l'home altres papers específics que requereixen força, habilitat manual, o què per les seues característiques podrien no estar socialment ben considerades per a una dona.

En la revisió que hem presentat hem fem una exposició d'alguns aspectes relacionats amb la medicina popular màgico-religiosa, i hem comentat certs punts de vista d'alguns aspectes relacionats amb el paper de dones i homes en aquestes pràctiques mèdiques.

CUIDADOS DE LA SALUD EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y DOMÉSTICO: UN ROL DE GÉNERO. REMEDIOS TRADICIONALES USADOS EN VILLENA (ALICANTE)

ELEUTERIO GANDIA HERNÁNDEZ
Universidad de Alicante

1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito familiar y doméstico se llevan a cabo una serie de cuidados no profesionales de la salud que constituyen el núcleo esencial de cualquier sistema asistencial y que incluyen aquellas actividades que, al margen de la medicina profesional, utilizan recursos y saberes del acervo cultural en el que está inmersa la familia.

Numerosas investigaciones recientes han evidenciado que cerca del 75% de todos los cuidados para la salud se producen en el contexto informal de la familia, siendo en ella la mujer protagonista de las funciones cuidadoras y la que en muchos casos toma las decisiones más relevantes para la salud de sus miembros¹.

Este tipo de cuidados ha sido definido por la Antropología de la Salud como el ámbito del cuidado lego o profano de la salud (*health lay care*) y entre los diversos niveles de atención que pueden diferenciarse en él hay que señalar los que se vienen catalogando como autocuidado y autoatención.

Se concibe el autocuidado como el primer nivel de atención referido al individuo y a sus prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud entre las que destacan los hábitos personales e íntimos que constituyen parte del cuidado de nosotros mismos (ducharse, lavarse los dientes, etc.). La autoatención implica las conductas que se activan a nivel doméstico en caso de ruptura del bienestar que están siempre mediadas por el influjo sociocultural y que tienen

1. En nuestra tesis doctoral *Sistema de creencias y prácticas ligadas a la salud en Villena (Alicante)*, Universidad de Alicante, 2000, dimos cuenta de los trabajos de investigación realizados hasta la fecha en este sentido.

en cuenta creencias y remedios tradicionales conocidos por anteriores prescripciones o recomendados por familiares, vecinos, amigos y otros significantes de las redes sociales informales².

Estas creencias y remedios que constituyen la esencia de la resolución de problemas en el ámbito familiar y doméstico se aplican, por lo general, a dolencias de gravedad leve o moderada y tienen su origen en muchas ocasiones en la tradición empírica, pero en otras, se han formulado o reformulado a través de influencias y relaciones de todo tipo incluidas las que se producen con la práctica médica.

En este trabajo, que es parte de otro estudio más amplio de tipo etnográfico sobre medicina popular, describimos las creencias y remedios más significativos que en el ámbito familiar y doméstico mantiene y utiliza buena parte de la población de la ciudad de Villena.

La localidad está situada en el noroeste de la provincia de Alicante, en una importante encrucijada de caminos entre las comunidades autónomas de Valencia, Murcia y Castilla la Mancha. Históricamente, su situación fronteriza, su carácter de enclave estratégico y su pertenencia a reinos diferentes en distintas épocas, le han proporcionado un bagaje colmado de influencias culturales de todo tipo. En la actualidad es la cabecera de la comarca del Alto Vinalopó. Por número de habitantes (33.455), es el municipio más poblado de la comarca y uno de los de mayor peso demográfico de la provincia. Se trata de una población urbana de tamaño medio, desarrollada y moderna, con un dinamismo social y económico considerable y muy receptiva a proyectos innovadores.

Para la identificación de las creencias y remedios hemos contado con la colaboración de treinta informantes de distintas edades y sexo, mayoritariamente mujeres, quienes, a través de entrevistas semiestructuradas, han descrito tanto aquellos procedimientos que todavía se llevan a cabo como aquellos ya abandonados pero que son susceptibles de formar parte de una recopilación de folklore popular.

2. REMEDIOS TRADICIONALES

2.1. La visión y los problemas oculares

La visión y los ojos son objeto de especial protección en el ámbito doméstico, de ahí que se mantengan creencias y remedios populares que no suelen comportar riesgos ni tienen efectos secundarios y cuya eficacia está probada empíricamente en muchos casos. Los remedios aplicados que hemos podido identificar se usan para tratar la conjuntivitis, el orzuelo y para la extracción de cuerpos extraños.

2. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico ha sido explorado principalmente por la antropología médica. MENÉNDEZ, E.: «Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo», *Cuadernos Médico Sociales*, 59 (1992), pp. 3-18, trata del modelo de autoatención, que tiene por centro a la mujer, y constituye el primer nivel real de atención a la salud

No es habitual que en el ámbito doméstico se diagnostique una conjuntivitis como lo hace la medicina oficial pero sí que es creencia extendida que, cuando alguien tiene los ojos enrojecidos y sensación de arenilla, debe ser tratado con remedios simples antes de acudir al médico.

Lo más frecuente en estos casos es la utilización de un remedio antiguo y eficaz que consiste en la aplicación directa sobre el saco conjuntival de unas gotas de agua en la que previamente se ha disuelto un poco de sal³.

Se utiliza también con mucha frecuencia la aplicación directa sobre el ojo de las gotas resultantes de la preparación de una infusión fría de manzanilla, preferiblemente de monte (*matricaria chamomilla L.*)⁴.

La aplicación de gotas de limón exprimido directamente sobre el saco conjuntival es también remedio conocido desde muy antiguo y aunque, en la actualidad, los antibióticos resuelven sin dificultad estos problemas, hay muchas personas que siguen utilizando el remedio al iniciarse los síntomas buscando con ello evitar las pérdidas de tiempo, desplazamientos o gastos económicos no previstos, propios de la medicina oficial⁵.

El orzuelo es una afección fácilmente distinguible en el ámbito popular, consiste en la formación en el párpado del ojo de un pequeño grano o absceso de color blanquecino con bordes enrojecidos⁶.

La información obtenida permite describir varias formas de tratamiento de esta afección ocular pero debemos señalar que, aunque conocidos por casi todas las personas que han participado en el estudio, su práctica está en fase de abandono porque según afirman, prefieren recurrir a la medicina oficial. Una de las informantes de avanzada edad se expresa de la siguiente manera: «Estas cosas las hacíamos antes porque no podías ir a la farmacia y no ibas a llamar al médico, bueno si se complicaba hacías lo que fuera pero antes probabas con la llave o la manzanilla».

El procedimiento de la llave al que se refiere esta informante consiste en la aplicación directa sobre el propio orzuelo de un objeto metálico que se mantiene en contacto un tiempo determinado. Entre los objetos metálicos, se recomienda como preferible el uso de una llave de las que se usaban para abrir y cerrar puertas antiguas. Otra de las informantes, también mayor, concreta lo siguiente: «Tenía que ser una llave de esas grandes que estaban como huecas. Eso iba muy bien, y aquí lo hemos hecho toda la vida».

3. De hecho, la medicina oficial lo utiliza también en forma de suero fisiológico que no es ni más ni menos que una solución de agua y sal.

4. Es una planta muy abundante en el término municipal que florece a finales de abril y primeros de mayo. Son numerosas las personas que la recolectan para todo el año por sus múltiples aplicaciones en problemas de salud.

5. Según información de la Jefa de Servicio de Oftalmología del Hospital de Elda que es el de referencia para la ciudad, resulta evidente que con este remedio se crea un entorno ácido en el ojo que impide la proliferación de determinados microorganismos, aunque si se prolonga demasiado su aplicación puede originar una queratitis.

6. Para la medicina oficial es la manifestación de la infección estafilocócica de un folículo piloso.

El recurso de la manzanilla consiste en la aplicación sobre el propio orzuelo de un algodón empapado en una infusión caliente de manzanilla. En este caso, a diferencia de la recomendación para la conjuntivitis, la manzanilla debe estar caliente.

Hay que señalar también que para el tratamiento del orzuelo se recomendaba hasta no hace muchos años un procedimiento que utilizaba la curación por «transferencia» a otra persona, que consistía en colocar un montón de doce piedras pequeñas, que tenían que caber en una mano, en un lugar de paso, de forma tal que resultara fácil que alguien lo pisara o lo deshiciera. Este procedimiento es conocido por gran parte de las personas participantes en el estudio quienes afirman que al deshacerse o pisarse el montón de piedras el orzuelo desaparece y le pasa a la persona que lo ha deshecho⁷.

Los ojos son, en situaciones accidentales, objeto de agresión por cuerpos extraños que, habitualmente, con el lagrimeo se desplazan hacia el saco conjuntival donde es más fácil su extracción. En otras ocasiones, por las características del objeto que se incrusta en el ojo la extracción es un poco más complicada.

En ambos casos, y siempre que el afectado o su entorno considere el hecho no especialmente dificultoso, la solución se busca mediante remedios caseros de entre los que destacamos, por seguir siendo usados en la actualidad y sobre todo por su singularidad, dos de ellos.

El primero, consiste en la utilización de un botón pequeño, de los que suelen llevar las camisas, que se introduce con cuidado en el ojo afectado donde queda depositado hasta que desaparece el cuerpo extraño⁸.

El segundo procedimiento está recomendado en los casos en los que la presencia de cuerpos extraños sólo afecta a un ojo. Consiste en frotarse suave pero enérgicamente el ojo no afectado por la presencia del cuerpo extraño.

Tanto en el caso del botón como en el de restregarse el ojo no afectado, resulta evidente que lo que se provoca es un aumento del lagrimeo que favorece la eliminación del cuerpo extraño.

2.2. Lesiones y problemas de la piel

Son varios los problemas o lesiones de la piel que encuentran su remedio en el ámbito doméstico; en unos casos se utilizan ante la necesidad de dar una respuesta inmediata que no admite demora, como es el caso de picaduras y quemaduras; en otros, por la persistencia de un problema que se cree puede resolverse sin necesidad de acudir al médico.

7. Otros remedios «por transferencia» en el caso del orzuelo, aunque distintos al que hemos recogido en Villena, han sido descritos en otros lugares de las tres provincias de la comunidad valenciana por SEIJÓ ALONSO, F.G.: *Curanderismo y medicina popular*, Alicante, Biblioteca Alicantina, 1974.

8. La Jefa de Servicio de Oftalmología del Hospital de Elda, mencionada anteriormente, nos informa que algunos pacientes atendidos en el hospital refieren haberlo utilizado y relata la anécdota reciente de un paciente al que hubo de intervenir porque se le había olvidado retirar el botón y se había enquistado.

Los problemas de la piel para los que hemos identificado remedios no profesionales son los relacionados con las verrugas, granos ciegos, sabañones, escocíos, grietas en talones y manos, cercadados, quemaduras, picaduras de insectos, borradura, y arrugas en la cara.

Las verrugas son tumores de la piel muy frecuentes en la infancia y adolescencia que en el ámbito familiar no suelen ser consideradas como un problema médico, no son causa de ninguna enfermedad, no pueden afectar a un órgano interno ni pueden causar cáncer de piel, aunque en ocasiones pueden ser dolorosas. Muchas veces desaparecen espontáneamente pero en personas adultas suelen ser más persistentes.

Cuando presentan un tamaño considerable o aparecen en cantidad en zonas visibles, pueden convertirse en un problema estético desagradable. Uno de los hombres de edad mediana que tiene un negocio de atención directa al público se manifiesta de la siguiente manera:

«No sé cómo ni por qué a mí se me llenaron las manos de verrugas y parecía un eccehomo, no me dolían ni me picaban ni nada pero tenía una vergüenza y complejo impresionantes. Así que a todo el que venía al taller le preguntaba y si me decían haz esto o haz lo otro, yo lo hacía. Hice lo de los ajos, lo de la manzana, lo de la llave y más cosas que no me acuerdo. Al final se me cayeron solas un día pero no me digas cual de todos fue el remedio bueno porque no lo sé, lo que si sé es el descanso que se me quedó, ah, y que no me han vuelto a salir.»

Aunque «tener verrugas» es una de las razones por las que muchas personas en Villena recurren a los servicios de los curanderos, antes de utilizar este recurso el ámbito familiar y doméstico recomienda soluciones basadas en creencias populares, de entre las que hemos identificado varias de ellas.

Un grupo de estos remedios son de los considerados «por contacto» ya que ponen en contacto algún tipo de producto o sustancia con la verruga.

Otro de los hombres participantes en el estudio nos da cuenta de un remedio que utilizaba su abuelo que, según él, era muy efectivo y que consiste en pegar directamente sobre la verruga o verrugas cinta aislante que no debe quitarse hasta que no se desprege por sí sola, momento éste en el que desaparece la verruga⁹.

Son varias las personas entrevistadas que nos informan de la eficacia de otro procedimiento consistente en la aplicación directa sobre la verruga o verrugas

9. El periódico *El Mundo* del día 19 de octubre de 2002, en el suplemento de Salud, se hace eco de un estudio publicado esa misma semana en *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, en el que un grupo de investigadores de EE.UU dice haber dado con un sistema más eficaz, barato y cómodo que la crioterapia para curar las verrugas; lo califican también de indoloro y sorprendente y consiste en la aplicación de una simple cinta adhesiva aislante. El procedimiento, tal como se describe, «supone la aplicación sobre la verruga de la cinta durante dos meses y con la siguiente rutina: la tira, que debía ser de un tamaño suficiente para tapar la lesión, se cambiaba cada seis días (salvo si se despregeaba antes). Entre una y otra, se mojaba la verruga en agua y se frotaba suavemente con una lima o una piedra pómez. A la mañana siguiente se volvía a colocar el dispositivo seis días más. Las verrugas desaparecieron en el 85% del grupo que usó el adhesivo respecto al 60% del tratado con crioterapia.

de la «leche», que suelta al cortar el tallo, la planta que unas veces denominan «leche eterna» y otras «lechera». Se refieren a la planta de la familia de las euforbiáceas conocida como «lechetrezná» (*Euphorbia helioscopia* L.).

Esta planta crece espontáneamente en terrenos baldíos, campos soleados, caminos, ribazos, etc. En Villena es muy fácil encontrarla durante el verano en la zona llamada de «el Pinar». Se caracteriza por poseer un látex que mancha la piel de donde probablemente se origine el nombre de «leche eterna» que le dan algunos informantes. Probablemente porque es muy abundante en látex, es por lo que otros le llaman «lechera».

De la utilización de este remedio en la actualidad¹⁰ me deja constancia el hombre más joven de los que han participado en el estudio con las siguientes palabras: «¿No lo sabías? Eso es lo mejor que hay para las verrugas. Mira, yo tenía dos el mes pasado aquí en el brazo, me puse una gotica en cada una y ya lo ves, ni señal me ha quedao».

Un grupo de remedios conocidos por las personas participantes en el estudio consiste en arrojar sobre un tejado objetos concretos o productos de la tierra. Uno de ellos es el de contar las verrugas, separar tantos dientes de ajo como verrugas contadas y arrojarlos a un tejado puestos de espaldas a él¹¹.

Son varios los informantes que recomiendan atar una manzana partida por la mitad con un hilo y cogiendo el extremo del hilo tirarla a un tejado. Así lo manifiesta uno de los informantes masculinos: «Yo tenía 120 verrugas, hice lo de tirar la media manzana atada con un hilo a un tejaio porque me lo dijo mi mujer y se me fueron enseguida, y ya no me han vuelto a salir».

Otro de los remedios de este tipo, conocido por la casi totalidad de los informantes, es el de coger una llave de puerta vieja que no sirva y arrojarla también a un tejado, vuelto de espaldas al mismo.

Soler afirma que «es creencia popular que las verrugas se quitan si se ponen a secar tantos caracoles como verrugas se tengan»¹². Muchos informantes conocen esta creencia pero ninguno la ha utilizado.

Un remedio del que nos dan cuenta varios informantes consiste en hacer, con las manos colocadas detrás de la espalda, tantos nudos como verrugas se tengan. Una vez hechos los nudos hay que dejarlos caer al suelo y marcharse sin mirarlos. Las variaciones de este procedimiento se encuentran en el material utilizado para hacer los nudos ya que aunque la mayoría nos dice deben hacerse con hojas de esparto, una de las mujeres informantes de avanzada edad afirma que debe hacerse con grama: «Tú tenías que coger una tira de grama y con las

10. Ratificación de este remedio la encontramos en VICENT MARTINEZ, C.: «Lechetrezná Euphorbia», *Botanical on line*, (2006); url: <http://www.botanical-online.com/alcaloideseuphorbia.htm>, donde se afirma respecto de esta planta: «El látex es especialmente activo, se ha utilizado en medicina casera para eliminar los callos o las verrugas aplicando látex sobre la zona afectada».

11. SEIJÓ ALONSO, F.G.: Op.cit. refiere: «en Villena tiran dientes de ajos dentro de un horno. Al consumirse se curan las verrugas». Ninguno de los informantes que han participado en este estudio dice conocer este remedio.

12. SOLER GARCÍA José M^a: *Diccionario Villenero*, Alicante, Instituto de Cultura Juan Gil Albert de la Diputación Provincial de Alicante y Fundación José M^a Soler de Villena, 1993, p. 66.

manos detrás hacer un nudo sin mirar. Cuando estaba hecho el nudo se dejaba caer y te ibas. Unas veces se quitaban y otras no».

Otro de los problemas de la piel para el que el ámbito doméstico conoce remedios es el que popularmente se identifica como grano ciego y al que los informantes definen como «aquel que no tiene punta». Se trata de un enrojecimiento y abultamiento de la piel similar a un grano en el que no es posible distinguir el punto blanco de pus a través del cual es posible, apretando, liberarlo de la misma.

Para su curación, y con el fin de evitar las molestias, se considera necesario ablandar la piel que recubre el grano para que resulte fácil eliminar el líquido infectado apretando lateralmente. Por ello, los remedios identificados tienen como finalidad producir este ablandamiento utilizando diversos productos, siendo los más conocidos los siguientes:

-Asar, preferentemente en el horno, una cebolla y aplicarla muy caliente sobre la zona afectada porque como afirma una mujer de mediana edad: «Es que así se blanda el grano y se abre».

-Aplicar sobre el grano la parte carnosa de un tomate muy maduro partido previamente por la mitad. Este remedio también se utiliza untando el tomate con manteca de cerdo. Afirma a este respecto otra mujer de mediana edad: «A mi hermano cuando era joven le salían muchos y mi madre le ponía por la noche medio tomate con manteca sujeto con una venda; al día siguiente cuando se levantaba ya se le había abierto».

-Aplicar una gasa con unguento Cañizares que antes debe calentarse. Afirma otra de las mujeres al respecto: «Primero había que poner paños muy calientes, muy calientes, varias veces; y luego el unguento Cañizares, y cuando le veíamos una punta lo apretábamos de los laos. Eso era lo mejor, el unguento Cañizares».

El frío extremo del invierno en Villena facilita que, sobre todo a niños y personas mayores, les aparezcan durante el invierno y localizados en zonas distales del cuerpo, tales como punta de los dedos de los pies y las manos, orejas y nariz, unas inflamaciones de la piel que suelen producir picor y dolor y que son conocidas como sabañones.

Popularmente se consideran producidos por la confluencia de tres factores principales: la predisposición de algunas personas, el frío y la alimentación inadecuada. Así he recogido esta creencia de dos informantes, una mujer y un hombre, ambos de edad mediana:

«Aún hay gente que tiene sabañones en invierno, pero mucha menos que antes, no ves que ahora comemos mejor».

«De pequeños, en los Salesianos, casi todos los chiquillos teníamos sabañones, ¡qué podías esperar entre el frío que hacía y la alimentación que nos daban!; pero tú fíjate que a los que eran de buena familia no les salían».

Los remedios utilizados tienen por finalidad aliviar el picor y el dolor para lo que se aconseja restregar la zona afectada con dientes de ajo pelados y crudos.

También relatan algunos informantes que es bueno restregarlos con la orina de la persona que los padece.

Se dice en Villena que uno «está escocío» cuando se produce un enrojecimiento molesto y doloroso de la piel en la parte interna de los muslos por efecto del sudor y la rozadura del pantalón.

Para estas escoceduras los consejos más repetidos por los informantes son los de utilizar la planta conocida como «panicardo» llevando colgado al cuello con un cordón una parte de la misma. Las variaciones en el remedio se encuentran en que unos informantes dicen que hay que utilizar la raíz del panicardo e introducirla en una bolsa de tela pequeña que se cuelga al cuello, y otros afirman que hay que coger un trozo del tallo seco, hacerle un pequeño agujero y pasar por él un cordón. Por extraño que pueda parecer el remedio, tenemos constancia de su uso actual. Así nos lo explica una de las mujeres participantes en el estudio:

«Mi hijo mayor, no sé si del fútbol o de qué, cada dos por tres estaba con los muslos escaldaos, le dijeron lo del panicardo y cosa santa, ya no le ha vuelto a pasar, él ni se lo creía pero desde entonces siempre lo lleva al cuello».

Otro de los remedios que nos refieren para aliviar los escocíos es el de aplicar sobre la zona afectada una mezcla de aceite y agua bien batida.

Aunque el *Diccionario Villenero* define «cercadado» como «inflamación purulenta alrededor de las uñas de los dedos»¹³, sólo dos de las mujeres informantes conocen la palabra y su significado: «Sí que sé lo que es, eso se llamaba al uñero que te se ponían los dedos malos que te dolían como si te dieran golpes por dentro y los escaldábamos».

Se trata de la infección que se produce en una uña caracterizada por un enrojecimiento alrededor de la misma, con un reborde prominente y una gran sensación de calor y dolor. Si tiene lugar en las uñas de los pies se identifica como «uñero»; y si es en los dedos de la mano, «panadizo»; nombres éstos que sí que conocen los participantes en el estudio.

Su tratamiento está basado en lo que denominan «escaldar el dedo» afectado bien con agua sola o con una infusión de «rabogato», una planta muy abundante en diversos lugares del entorno de la ciudad que se recolecta en el periodo de floración que se produce de marzo a julio¹⁴. Esta operación se puede realizar dos o tres veces al día y se recomienda después de llevarla a cabo, si se trata de un uñero, ponerse un calcetín limpio y usar calzado que no oprima.

13. SOLER GARCÍA, José M^a: Op. cit., p. 73.

14. Se trata de la *Sideritis Angustifolia* Lag., una planta típicamente mediterránea, de base leñosa y flores de color amarillo limón que nacen de sus ramas erectas. Según informa BORJA, J.: «Sobre dos especies lagascanas mal conocidas: *Sideritis tragoriganum* Lag. y *sideritis angustifolia* Lag.», *Anales del Instituto Botánico Cavanilles*, 32: 2 (1975), pp. 145-150, «es una de las especies del género *Sideritis*, que Lagasca describe en *Genera et Species Plantarum quae aut novae sunt aut nondum recte cognoscuntur* (Matriti, 1816) poco conocida porque es uno de los tipos que desaparecieron con su herbario».

En el medio doméstico una lesión típica de la piel es la de las quemaduras, siendo las más habituales las producidas con el aceite hirviendo al cocinar.

El remedio doméstico más utilizado y descrito por la mayor parte de los informantes, especialmente por las mujeres, es la aplicación de pasta dentífrica directamente sobre la zona quemada nada más producirse la quemadura extendiéndola hasta cubrir toda la superficie.

En los últimos tiempos han proliferado en el medio doméstico la presencia de macetas ornamentales con plantas de aloe y esto se ha correspondido con la difusión por distintos medios de los beneficios de esta planta para el cuidado de la piel. Entre ellos algunas informantes mujeres mencionan su utilidad para curar las pequeñas quemaduras que se producen en el desempeño de labores domésticas, lo que ha dado lugar a que cuando esto ocurre se utilice como remedio rápido la aplicación sobre la piel afectada de la parte carnosa de un trozo pequeño de hoja de aloe. Así lo afirma una de ellas: «Yo siempre me ponía pasta de los dientes cuando me quemaba cocinando, pero desde que tengo aloe en las macetas, lo utilizo porque va también muy bien».

Además de estos remedios, refieren otros más antiguos consistentes también en aplicación directa sobre la zona afectada de:

- Gachas con bicarbonato.
- Cáscara de huevo picada en un mortero hasta que se haga un polvo muy fino. Así lo explica una señora de avanzada edad domiciliada en una de las pedanías de Villena:

«No ves que entonces no había nada en la farmacia y los del campo no podíamos ir, pues usábamos lo que nos decían y teníamos más a mano. Yo siempre tenía polvico de cáscara de huevo. Cogía la cáscara de varios huevos y en un mortero la machacaba bien, bien, hasta que parecía polvo y lo guardaba porque cuando menos te esperabas te habías quemao. No ves que cocinábamos en la lumbre.»

Las picaduras de insectos es otra de las lesiones de la piel para la que los remedios caseros son muy utilizados. Es sabido que los insectos pican para defenderse y como forma de obtener alimento y que tras una picadura de un insecto se producen con frecuencia uno o más bultos rojos que suelen picar y a veces doler.

Para prevenir las molestias y picaduras de cualquier tipo de insectos se considera que lo mejor es ahuyentarlos y, para ello se recomienda colocar en la entrada de la puerta de las casas y en las dependencias en las que quieran evitarse un ramo de «tanaceto»¹⁵, que es muy abundante en Villena en la zona denominada de «El Pinar», donde crece espontáneamente por ser terreno muy arenoso.

15. Con el nombre vulgar de tanaceto se conoce la planta cuyo nombre científico o latino es *tanacetum vulgare*.. Se trata de una planta vivaz de cuyo rizoma surgen numerosos tallos erguidos y por lo general sin ramificar; las cabezuelas florales son de color amarillo intenso y se disponen en umbelas en el extremo del tallo. Toda la planta desprende un olor alcanforado y sus flores que aparecen en verano, duran sin secarse mucho tiempo.

Entre las picaduras que pueden producir los insectos, destacan por su propensión a producir reacciones alérgicas que, en ocasiones, pueden ser graves, las de avispa y abeja. En estos casos, es creencia popular extendida que debe actuarse con rapidez para evitar en la medida de lo posible la reacción alérgica.

Como quiera que estas picaduras se suelen producir en el campo o en el medio doméstico del mismo, los remedios que se conocen y utilizan están relacionados con la rapidez de obtenerlos en él. Los que han facilitado todos los informantes son dos:

-aplicar sobre la picadura amoniaco.

-cubrir la zona de la picadura con barro. Siempre que sea posible se recomienda orinar y hacer el barro con la orina; así lo expresa uno de los informantes masculinos:

«Mi padre en el campo siempre se ha curado las picaduras de las avispas con barro hecho con su orín, pero dicen que aún es mejor hacerlo con el de un chiquillo. Tú ten en cuenta que el orín lleva amoniaco y el amoniaco también es bueno».

En el habla popular de Villena, se llama «borradura» o «borraúra» a otra lesión de la piel para la que el ámbito doméstico prevé consejos. Se trata del sarpullido o erupción leve de pequeños granos, que suele localizarse alrededor del cuello principalmente en los niños, que están producidos por efecto del calor y que ocasionan cierta molestia y picor.

Los tratamientos que se conocen en el ámbito doméstico son sólo paliativos y, por tanto, están orientados a aliviar el picor y las molestias. Los identificados son dos:

-Frotar con alcohol de romero la zona afectada.

-Poner sobre esa zona polvos de talco. Así lo refiere una de las mujeres del estudio: «Hay que lavarse bien con agua y después ponerse polvos de talco. No se quita ¡eh!, porque no se quita, pero alivia bastante».

Soler informa que en Villena, «es creencia popular que si se dejan las estrébedes en el fuego se le arruga la frente a la dueña de la casa»¹⁶. Se refiere Soler a las trébedes y, por supuesto, a dejarlas en el fuego una vez se ha terminado de cocinar. Esta creencia que todavía recuerdan algunas mujeres mayores del ámbito rural ha perdido su vigencia por el abandono del fuego como medio para cocinar.

Sólo tres de las informantes, las tres de edad avanzada, conocen esta creencia que una de ellas explica así:

«Siempre se ha dicho que no había que dejar las estrébedes en la lumbre pa que no se arrugara la cara, igual que se decía, y mi madre lo hacía, que cuando venía una nube de esas de verano que traen tormenta, había que sacar las estrébedes a la calle pa que se fuera la nube».

16. SOLER GARCÍA, José M^a: Op. cit., p. 129.

2.3. Problemas de garganta y respiratorios

Una de las mujeres entrevistadas nos informa del problema de su hijo que padecía asma alérgica y como consecuencia de ella se ahogaba continuamente. Después de más de un año de pruebas y tratamiento con medicamentos para la alergia sin encontrar mejoría, le recomendaron que le pusiera al niño en el pecho una piel de liebre macho adobada con anís, cosa que hizo y con la que, según relata, en menos de diez días se curó para siempre y ya no le ha vuelto a pasar.

Sorprende el procedimiento por su originalidad pero sólo hemos obtenido información de este caso. No obstante, Seijó describe un procedimiento similar en otra localidad de la Comunidad Valenciana para curar la bronquitis: «Se mata un conejo, se pela, y esa piel, caliente aún, se pega en el pecho del niño»¹⁷.

El catarro y el constipado son dos procesos que en el ámbito doméstico se suelen catalogar como idénticos, sin apenas diferencias entre ellos. Los remedios que se utilizan suelen estar encaminados a aliviar los síntomas que se presentan, destacando los que están basados en: aspiración de vahos, ingesta de bebidas alcohólicas calientes y la ingesta de tisanas.

Uno de los vahos recomendados es el que se hace introduciendo en una bolsita pequeña de tela una pastilla de alcanfor que se cuelga al cuello con una cinta, porque como nos dice una de las mujeres: «Es que así el alcanfor suelta el vaho cerca de la nariz».

Son varias las mujeres informantes que aconsejan para el constipado y el pecho cargado los vahos de «doncalisto» o «calisto» que son los nombres que en el habla popular reciben las hojas del eucalipto: «Y tú te pones unas hojicas de calisto, y verás qué pronto te hacen efecto»¹⁸.

La ingesta de coñac caliente es remedio recomendado para estos casos por casi todas las personas que han participado en el estudio que coinciden en explicar su eficacia de la siguiente manera: «El coñac calentico te hace sudar mucho y con el sudor expulsas todo lo malo que tienes». Cuando no hay coñac, dicen que lo mejor es el vino caliente. De hecho su utilización debía ser anterior a la del coñac ya que se usaba principalmente en las casas de labor, porque no era habitual que hubiera coñac¹⁹.

Las ingesta de tisanas o infusiones de plantas medicinales es también recomendación reiterada. Estas plantas son de fácil localización en el término municipal y a ellas se les atribuyen propiedades de limpieza de las vías respiratorias, bronquios y pulmones. Las plantas más recomendadas son tres tipos

17. SEIJÓ ALONSO, F.G.: Op.cit, p. 53.

18. ROJAS NAVARRO, A.: *Charraícas del Paseo*, Junta Central de Fiestas de Moros y Cristianos, Villena, 1996 (Charraíca nº 50), p. 50.

19. De la recomendación del vino para este proceso, hay constancia manifiesta en el lugar destinado a despacho de vinos de la Cooperativa Vinícola Nª Sra. de las Virtudes, en una de cuyas paredes cuelga un cuadro con un dibujo y el siguiente texto: «El agua para el jarro y el vino para el catarro».

de helechos de pequeño tamaño: la «ruda de muros»²⁰, la «doradilla»²¹ y el «culantrillo menudo»²². Para tomarlas se preparan las tres de la misma manera: «Se coloca una onza de la planta en un litro de agua, se pone al fuego y se deja hervir durante 15 minutos, tomándose después en tazas endulzadas con miel y azúcar»²³.

La tos es un síntoma que se suele relacionar acompañando al catarro o constipado. Los informantes distinguen remedios diferentes según se trate de tos seca o tos que se acompaña de mucosidad. En el caso de la tos seca distinguen también entre la que es diurna y la que de forma persistente se presenta por la noche. En este caso los remedios que describimos se siguen usando en la actualidad.

Para la tos seca diurna se aconseja:

-Introducir una cebolla pelada en agua con azúcar y dejar que se macere varias horas; colarla y beberse el caldo.

-Hacer un preparado con medio limón, miel y unas gotas de anís seco.

Cuando la presentación es nocturna y la tos es persistente se aconseja partir una cebolla por la mitad y colocarla en la mesita de noche; los vahos que despiden aliviarán la tos o la eliminarán.

Cuando la tos se presenta con mucosidad, en la actualidad se recomiendan principalmente los vahos descritos en el caso del constipado, pero un remedio antiguo del que dan cuenta dos de las informantes es el que consistía en hacer un «pegao» con harina y un nabo picado en el mortero, aplicándolo muy caliente sobre el pecho. Dice una informante a este respecto: «Mi madre siempre nos lo ponía y eso hacía que se moviera el moco».

Cuando una persona tiene molestias en la garganta, con independencia de su origen y de la precisión del diagnóstico, el remedio popular más conocido es el de hacer gargarismos. Se aconseja para ello utilizar mezclados algunos de los siguientes ingredientes: agua y sal; limón exprimido y miel calientes; o bien, miel disuelta en agua.

2.4. Trastornos digestivos

Los problemas de tipo digestivo que con mayor frecuencia se abordan, en primera instancia, a través de remedios caseros son la diarrea, el estreñimiento y la sensación de pesadez de estómago.

20. La ruda de muros, conocida también como «culantrillo blanco» (*Asplenium rura-muraria* L.), se encuentra en Villena en las fisuras de las rocas orientadas al norte de la sierra de «el Morrón».

21. La doradilla (*Ceferach officinarum* Lamarck y *Decaudille*) aparece en las fisuras de las rocas de casi todas las montañas de Villena.

22. El culantrillo menudo (*Asplenium tridomanes* L.) se encuentra en las rocas y peñascos sombríos de la Sierra Salinas, más concretamente, en la Cueva del Lagrimal.

23. VIZCAINO MATARREDONA, A.: «Plantas medicinales existentes en el término municipal de Villena», *Revista mensual Villena*, 3ª época, 3 (julio 1981), p. 19.

Para curar la diarrea, los remedios tradicionales más usados toman como base el arroz y el almidón; se aplican cuando ésta es considerada de carácter leve. Los identificados son:

-Hervir arroz y tras colarlo, beberse el caldo de la ebullición que en Villena se conoce como «sustancia de arroz».

-Poner arroz en agua, y después de dejar que se hinche, machacarlo en un mortero y tras colarlo, tomar el jugo resultante.

-Cocer un poco de almidón y tomarse el líquido de la cocción.

Estos remedios se acompañan generalmente con la recomendación de estar a dieta mientras dura la diarrea y de tomar líquidos, entre los que el más recomendado es el zumo de limón.

Otro remedio recomendado y usado hace tiempo es el de hacer lavados intestinales tomando «morilla roquera» que es la denominación que se da en Villena a la parietaria o cañarroya.

Entre las gentes del campo, se utilizaba un recurso accesible y que, aunque de temporada, se mantenía durante varios meses, se trata del membrillo, fruto que era abundante en las acequias, cuya recolección se hace en el mes de septiembre y que se colgaba en habitaciones secas y frías para que se mantuviese en condiciones de comerse crudo cuando apetecía o se necesitaba.

Como puede suponerse, si el membrillo es bueno para la diarrea es por su condición de alimento astringente y por ello resulta un alimento prohibido para las personas que tienen tendencia al estreñimiento.

Cuando éste se produce, o una persona tiene tendencia a ello, se aconseja tomar determinados tipos de fruta. Las frutas tradicionales más recomendadas, al decir de las informantes mujeres, son la sandía y la ciruela que, según refieren, debe de tomarse en mermelada para lo que debe cocerse con piel:

«La sandía es muy buena para el estreñimiento, no ves que la sandía alarga».

«La mermelada de ciruela que yo hago es lo mejor que puedes tomar para el estreñimiento, no ves que no la pelo, y lo que más efecto hace es la piel».

Las participantes más jóvenes recomiendan también el kiwi; en estos casos, el consejo es el de tomar uno en el desayuno todos los días.

En el caso de los niños, el estreñimiento se produce en muchas ocasiones por una atonía intestinal o espasmódica. Para vencer la retención de materias fecales que se produce, la recomendación más repetida es la de introducir suavemente en el ano de la criatura un cuerpo de diverso origen empapado en aceite al que se le da vueltas despacio y con cuidado. Los cuerpos más utilizados y conocidos son: una rama de hoja de geranio, un trozo pequeño de papel de estraza enrollado y un fósforo de tronco encerado²⁴.

Para los casos en los que se presenta pesadez de estómago Seijó²⁵ describe, en el caso de Villena, una cura basada en la aplicación en la zona del estómago de un emplaste o «pegao», para lo que describe dos procedimientos:

24. En la actualidad, las dificultades para obtener estos fósforos ha acabado con su utilización.

25. SEIJÓ ALONSO, F.G.: Op.cit., p. 93.

- Amasar harina de cebada con manteca y vinagre.
- Amasar sardinas picadas en un mortero con apio, agregando harina de cebada y «arrociano» (rociando) con vinagre.

Son varios los informantes que conocen y han aplicado estos pegaos aunque, como explica una de las mujeres, hay que hacerlos con otra composición: «Yo lo que hago es un pegao con arroz, manteca y leche machacados, lo caliente y lo pongo sobre el estómago; esto hay que hacerlo durante siete días».

2.5. Trastornos del tracto urinario

En el ámbito doméstico el trastorno urinario que suele tratarse es el debido a la retención de la orina que, en muchos ocasiones, se manifiesta con la aparición de edemas en los miembros inferiores. En estos casos es creencia extendida que hay que limpiar y depurar.

Para ello se recomienda usar infusiones, utilizando para ello plantas de fácil y asequible recolección de las que existen el término municipal. Las más usadas son la cola de caballo²⁶, el salicornio²⁷ y el pelo de pancha²⁸.

Una de las informantes es muy explícita concretando la forma en que debe utilizarse el salicornio mezclado con el pelo de pancha:

«Yo al primero que se lo oí recomendar fue a don Esteban Barbado. Hay que tomarlo en infusión y para prepararla, se mezclan en una olla con agua ramas secas de salicornio y el pelo de una pancha, se pone al fuego y cuando empieza a hervir fuerte que hace como espuma, se pone al mínimo y cuando desaparece la espuma se le vuelve a dar fuerte hasta hacer otra vez espuma y se afloja otra vez, así hay que hacerlo tres veces, lo dejas reposar y enfriar y luego te lo tomas».

2.6. Otras creencias y remedios

En verano las altas temperaturas son extremas en Villena y el refugio de la sombra de los árboles mitiga, aunque sea momentáneamente, el calor, por lo que es recurso muy utilizado principalmente por las personas que llevan a cabo trabajos agrícolas. Pero es creencia muy extendida que la sombra de la higuera produce dolor de cabeza y por tanto, se recomienda no cobijarse debajo de ella a pesar de que por su frondosidad proporcione sombra fresca y apetecible. Uno de los informantes, con naturalidad y cierta gracia nos dice lo siguiente: «¿Tú has visto algún perro tumbarse a la sombra debajo de una higuera? Pos tú lo mismo».

Para combatir los dolores de cabeza repetidos, el remedio popular más conocido es llevar una «castaña borde» en el bolsillo durante un tiempo inde-

26. Es el nombre vulgar de la *Equisetum Arvense L.* Se trata de una planta rizomatosa perenne con tallos erectos, huecos y duros, muy ásperos al tacto y que está considerada como una de las especies más diuréticas de todas las plantas.

27. El salicornio es el nombre que se le da a la *Salicornia Europea L.*, planta muy frecuente en Villena que cuando se seca forma unas bolas que van rodando por los campos y las carreteras.

28. El pelo de pancha es el pelo de las mazorcas de maíz cuando están a punto de madurar.

terminado. Este remedio lo recoge Soler²⁹, y lo hemos recogido personalmente en tres de las entrevistas. Se aconseja como medida preventiva en las personas en las que es recurrente el dolor y para ayudar y complementar el tratamiento médico analgésico en caso de presentación aguda. En cualquier caso, advierten los tres informantes que la castaña sea «borde»; es decir, no comestible, como ocurre con el fruto de los castaños llamados de Indias.

Para la dilatación de las venas de la región anal, popularmente conocida como almorranas, se recomienda en Villena, además de darse baños de asiento con agua fría, colocar debajo de la cama habitualmente usada para dormir, un ramo seco de «tanaceto» que previamente se habrá introducido en una bolsa de tela o se habrá envuelto en papel de periódico. Así lo explica una de las mujeres:

«Cuando me operaron del grano infectao que tenía en la parte de atrás se ve que se me movieron las almorranas y tenía un dolor que pa qué. Puse debajo de la cama la bolsa con la planta esa de flores amarillas y nunca más me han molestado, pero eso sí, todos los años cambio las flores por otras nuevas».

La dentición de los niños siempre ha sido una preocupación para las madres que usan remedios para favorecerla y evitar las molestias que ocasiona a los niños. Una creencia popular antigua que se mantenía en Villena, pero que sólo conocen dos de las mujeres de avanzada edad que han participado en la investigación, es la de que la pata de un ardacho³⁰ cortada en vivo y puesta en una bolsita colgada al cuello de los niños les facilita la dentición. Una de ellas lo explica así:

«Pa el dentar de los neños se cogía un ardacho de los que había por el monte, que antes había muchos pero ahora no siento decir de que hayan, y los pastores les cortaban la manecica derecha, pero se la cortaban estando vivo, sin matarlo, y la metían en una bolsica y se le colgaba al cuello al nene que iban muchos con la bolsita colgá al cuello y la manecica seca dentro. Pero se hacía con el ardacho vivo y después de cortarle la mano se soltaba».

La pérdida del apetito en los niños ha sido tradicionalmente, y sigue siendo en la actualidad, otro motivo de preocupación para las madres. Para intentar solucionarlo y, al mismo tiempo, recuperar la debilidad que, se supone, llevaba aparejada, se han utilizado principalmente alimentos muy específicos o complementos alimentarios.

Entre los alimentos específicos el más recomendado ha sido el darle filetes de hígado porque existe la creencia de que esta parte de los animales engorda la sangre. De los complementos alimentarios el más popular y frecuente, al decir de varios informantes, es el aceite de hígado de bacalao. Así lo manifiesta una informante: «En cuanto mi madre veía que se nos quitaban las ganas de comer, enseguida unas cucharadas de aceite de hígado de bacalao».

29. SOLER GARCÍA J. M^a.: Op.cit., p. 70.

30. En el lenguaje popular villenero se dice ardacho al lagarto o fardacho (*lacerta lepida*).

Aunque menos frecuentes que las soluciones anteriores y, hoy en desuso, algunos informantes refieren otros dos procedimientos. Uno de ellos era el de hacer lo que llaman un novenario, que consistía en hacer tomar al niño durante nueve días seguidos un vaso pequeño de vino con una yema de huevo bien batida. El otro tiene un componente de medicina popular religiosa y consistía en hacer rogativas a San Nicolás como explica una de las mujeres.

«No sabíamos qué darles cuando se les retiraba las ganas de comer así que le rezábamos a San Nicolás que decían que era el abogao de las ganas de comer. Aquí al lado, un vecino trajo un San Nicolás pequeñico que luego llevó al santuario para que le rezáramos allí, y había mucha gente que le tenía fe».

3. CONCLUSIONES

- El grupo de personas entrevistadas estaba constituido por 20 mujeres y 10 hombres de edades comprendidas entre los 45 y los 82 años. Las respuestas a las preguntas sobre el conocimiento que tenían de remedios tradicionales para cada grupo de problemas muestran muy pocas diferencias por edad, pero muchas y muy significativas por sexo que son reflejo de la persistencia de diferentes roles de género en lo que se refiere al cuidado de la salud.
- Los hombres son conocedores de muy pocos remedios en comparación con los que conocen las mujeres. Los que conocen están relacionados principalmente con los problemas derivados de su actividad productiva, y referidos, principalmente, a lesiones y problemas de la piel o los derivados de su actividad física. Según refieren muchos de ellos en las entrevistas, esas cosas «son de mujeres», ellas son las que saben porque están más tiempo con los hijos que son los que dan más problemas. En varios casos nos han indicado que, si queríamos conocer más remedios y cómo se preparaban, le hiciéramos la entrevista a su mujer o a su madre. Ponen de relieve sus contestaciones algo que han concluido otros estudios: que los cuidados de salud que requieren las familias se asume en nuestras sociedades como una más de las llamadas «tareas domésticas», asociándose, por tanto, a un determinado rol de género: es cosa de mujeres.
- Las mujeres conocen con detalle varios remedios para cada uno de los problemas de los que se planteaban en las entrevistas. Afirman que desde pequeñas los aprendieron de sus madres, de sus abuelas o de las vecinas; luego, cuando los probaban con sus hijos o con sus maridos y verificaban que funcionaban bien, los seguían usando y recomendando a otras mujeres. Son, por lo que se deduce, las mujeres de la familia de origen, la observación y la experiencia, los pilares sobre los que se sostiene el saber sobre remedios tradicionales para el cuidado de la salud en el ámbito doméstico.
- Las diferencias entre los conocimientos que tienen hombres y mujeres ponen en evidencia, a nuestro juicio, una desigualdad de género en salud; por una parte es exponente de los diferentes roles de cuidado entre hombres y mujeres que están marcados e impuestos social y culturalmente y por otro,

son manifestación de la división sexual del trabajo productivo y reproductivo.

- Estos remedios, como puede comprobarse, están basados en el uso de plantas, animales o minerales, de fácil acceso y consecución en el medio y entorno más cercano; también están basados en creencias de tipo supersticioso o sobrenatural. Parece que las mujeres sean en estos casos muy pragmáticas para el diagnóstico y los recursos terapéuticos que utilizan sin tener en cuenta modelos conceptuales ni fundamentos científicos, importándoles sólo los resultados que se obtienen. De acuerdo con Haro, este tipo de cuidados «no constituye una categoría de funciones y actividades fijas, sino que está mediatizado por una cultura popular de carácter eminentemente pragmático, que se adecua a cada episodio y que incluye los recursos pertinentes y accesibles para la satisfacción de ciertas necesidades que no son cubiertas por los ámbitos profesionales de la salud»³¹.
- Además de los descritos, las mujeres conocen otros remedios, que no eran objeto de este trabajo, basados en el uso de medicamentos, que han aprendido de su relación con el sistema sanitario oficial y por el uso de fármacos que el médico le recetara en situaciones anteriores. No obstante manifiestan preferir los recursos tradicionales porque, a diferencia de los medicamentos, nunca hacen daño ni tienen efectos secundarios.

31. HARO ENCINAS, J.A.: «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención a la salud», en E. Perdigueru y J.M^a. Comelles (eds.): *Medicina y Cultura*, Barcelona, Bellaterra, 2000, pp. 101-161.

MUJER, SALUD Y TRADICIÓN EN LOS U'WA DE COLOMBIA Y CUESTIONES DE GÉNERO EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS

ELIZABETH MORA TORRES
HAYMETH CECILIA PÁEZ MOLINA,
WELLINGTON QUIÑÓNEZ DAZA Y
MIGUEL LEONARDO LÓPEZ M.
UPTC (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia) y
Hospital Especial de Cubará (Colombia)

1. INTRODUCCIÓN

Se conoce muy poco de las comunidades indígenas U'wa de Sudamérica. En particular, de sus condiciones de vida, ritos, métodos de curación y tradiciones. Mostraremos aquí parte de una investigación de campo que trata de remediar estas falencias. Nos centraremos en aspectos relacionados con la salud y comentaremos, en particular, la situación de la mujer U'wa. También nos referiremos, brevemente, a algunos ritos y tradiciones que afectan de manera muy especial a las jóvenes que empiezan su etapa fértil. Veremos que diferentes tradiciones y costumbres impiden, en ocasiones, desarrollar una medicina preventiva tanto en mujeres en edad fértil como en sus bebés. Describiremos también cómo se han tratado las cuestiones de género en diversas comunidades indígenas de América.

En el primer apartado presentaremos la situación sociopolítica de estas comunidades nativas, y definiremos la muestra objeto del estudio. Aportaremos datos sobre la composición familiar, sus costumbres higiénicas y estilo de vida, sus creencias y ritos de purificación, etc. En el apartado siguiente ampliaremos el análisis del sistema de salud indígena y daremos datos sobre la situación actual en términos de enfermedades, vacunaciones, lactancia materna, y nacimientos y muertes. Por falta de espacio no recogeremos aquí con detalle las celebraciones religiosas y prácticas tradicionales de este grupo social. Por otra parte, es muy escasa la bibliografía respecto de estas comunidades indígenas, tanto en formato tradicional como presente en Internet. En nuestra página

Figura 1: Ubicación geográfica de las comunidades indígenas (áreas oscurecidas y con círculos) en parte de la frontera de Colombia con Venezuela y Brasil. La flecha indica la posición aproximada de esta investigación, en el departamento de Boyacá. En el extremo inferior izquierdo de la figura se encuentra la capital del país, Bogotá



Adaptada de: *Inventario de Instituciones y Programas de Salud en las Fronteras Andinas*, Bogotá, Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue. <http://www.conhu.org.pe/docpasafro/proyfrontversion1.pdf> (consultado el 16 de agosto de 2007).

web¹, así como en la del Municipio de Cubará², se pueden consultar más detalles sobre estas prácticas tradicionales. Son de notar, en particular, las tradiciones que afectan a la población femenina, como la relativa a la pubertad de las jóvenes y el *ritual de la kókora*. Por su interés, haremos una breve reseña de éste en la sección final del trabajo. También analizaremos brevemente algunas cuestiones de género en las comunidades indígenas americanas.

2. EL PUEBLO U'WA

Los U'wa son descendientes de los chibchas, pueblos que habitaban las altiplanicies de la cordillera oriental de los Andes, en los departamentos de Cundinamarca y Boyacá (Colombia), hasta su conquista por los españoles en el siglo XVI. El nombre U'wa significa «gente inteligente que sabe hablar». Los

1. MORA TORRES, E.: «Ceremonias religiosas y prácticas sociales del pueblo U'wa (2007)», en <http://emt.sae-f-ci.com/docs-diversos/Mujer-Uwa-ceremonia-kokora.pdf> (consultado el 8 de septiembre de 2007).

2. «Monografía del municipio de Cubará». Gobierno de Cubará, Boyacá, Colombia. http://www.cubara.gov.co/docs/mografia_cubara.doc (consultado el 11 de mayo de 2007).

U'wa han sido capaces de mantener firmemente su cultura ancestral hasta bien entrado el siglo XX. Su lengua, U'wajka (o «alma de la gente») pertenece a la macrofamilia lingüística chibcha y tiene tres variantes dialectales: Cobaria, Barronegro y Aguablanca³. Según el censo nacional del 2005, en el departamento de Boyacá (el que más alberga a esta comunidad) hay 5776 indígenas U'wa⁴.

El mapa de la fig.1 muestra algunas poblaciones indígenas en una parte de las fronteras orientales de Colombia. También en las fronteras con Perú y Ecuador hay una gran cantidad de comunidades indígenas.

El resguardo indígena U'wa se creó en 1979; se denomina Distrito Fronterizo de Cubará y contiene el municipio de Cubará, que le da el nombre. Con una extensión de 1155 km², representa el 5% del total del departamento de Boyacá. El resguardo se encuentra en la vertiente del Orinoquía, al nororiente del departamento, en la frontera natural del río Arauca, límite con la República de Venezuela y a unos 550 km de Bogotá. La temperatura promedio anual en el resguardo es de 26 °C, con precipitaciones medias anuales de 2920 mm y a una altura de 420 m.s.n.m.⁵

2.1. Economía y perfil político administrativo

La economía de los U'wa es estrictamente de autoconsumo y subsistencia, y generan muy escasos recursos con la venta de productos de artesanía, o con el trabajo asalariado que realizan en el centro urbano, o en veredas cercanas a su comunidad⁶. Los U'wa son recolectores y agricultores: cultivan maíz, plátano, yuca y frijoles; crían pollos y cazan pequeños roedores, así como venado, lapa, y pava, tanto con trampas como con arcos y flechas.

Cada familia tiene dos o tres viviendas, situadas en diferentes niveles en la ladera de la montaña, a donde van a vivir según sea época de siembra o de cosecha. Viven en un clima húmedo, con cambios bruscos de temperatura y tienen limitaciones en la disponibilidad de alimentos. En la actualidad, los indígenas consideran que la exploración y explotación petrolera, así como la tala de los bosques, es la causa principal de la baja producción de sus cosechas y de lo poco nutritivos que resultan los productos agrícolas.

La construcción de las viviendas con estilo propio se ha mantenido a lo largo de los años, considerándose una de las características más tradicionales de esta cultura; se ha conservado el uso de materiales como madera, palma o bijao. La proporción de casas que están construidas con paredes de ladrillo o cemento

3. CHÁVEZ, Á.: *Reseña etnográfica de los Cobaria*, Pamplona, Casa colonial, 1965.

4. DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística): *XVII Censo Nacional de población y vivienda 2005. Estadísticas de grupos étnicos* (2005). <http://www.dane.gov.co> (consultado el 5 de febrero de 2007).

5. PIÑEROS-PETERSEN M, RUIZ SALGUERO M.: «Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia», *Salud Pública*, 40 (1998), pp. 324-329.

6. AGUABLANCA, E. B. (BERICHÁ): *Tengo los pies en la cabeza*, Santa Fe de Bogotá, Los Cuatro Elementos. Banco de la República – Biblioteca Luis Ángel Arango, 1992. (consultado el 12 de octubre de 2006 en <http://www.lablaa.org/blaavirtual/modosycostumbres/tengo/indice.htm>).

y techo de zinc o de barro es muy baja, del 4,7%. En la sección 3.1 se amplían estos datos.

La población indígena se rige por un sistema tradicional de gobierno. La máxima autoridad en cada comunidad es el Werjayá, seguido por un cacique menor (Werjayá menor) y el Cabildo. La representación de las comunidades U'wa se centra en el Cabildo Mayor, cuyo presidente es el representante legal (político y administrativo) de todas las comunidades indígenas ante las instancias nacionales e internacionales.

2.2. Objetivos del estudio

De acuerdo con datos oficiales referidos a las comunidades indígenas de Colombia⁷, el perfil epidemiológico presente en las poblaciones indígenas, en general, está asociado a altos índices de pobreza, desempleo, analfabetismo, migración, marginación, falta de tierra y territorio, destrucción del ecosistema, alteración de la dinámica de vida, y necesidades básicas insatisfechas (NBI). Un objetivo del presente trabajo es recoger y analizar datos que confirmen o desmientan estas afirmaciones, para el caso concreto de la población U'wa del Departamento de Boyacá. Por razones de espacio nos centraremos en el análisis del estado de salud de la población. Analizaremos también datos correspondientes a prácticas médicas tradicionales, en comparación con la medicina occidental. Se investigará, en particular, la situación del segmento femenino de la población. Los datos más exhaustivos que se recopilamos en este trabajo se encuentran en la documentación de nuestro hospital⁸.

Por la relación que guardan, en ocasiones, tradiciones y costumbres con prácticas de salud e higiene, se recogen a lo largo del trabajo, y al final del mismo, breves síntesis de creencias y rituales que afectan a esta comunidad, en particular a las mujeres U'wa.

3. MUESTRA ESTADÍSTICA

Con el fin de investigar el estado de salud y las costumbres de los indígenas colombianos U'wa se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, de la población indígena U'wa del departamento de Boyacá (Colombia). Se aplicó una encuesta estructurada sobre composición familiar, nivel educativo, afiliación al sistema de seguridad social, condiciones de la vivienda y actividad laboral, además de obtener datos para la caracterización del perfil de morbilidad y mortalidad⁹. Se estableció la muestra con un nivel de confianza del 95% y el muestreo aleatorio resultó en 362 familias. Los individuos que se rehusaron a

7. MPS/OPS: *Insumos para la conceptualización y discusión de una Política de Protección Social en Salud para los Grupos Étnicos en Colombia*, Bogotá, Informes del Ministerio de la Protección Social, OPS (Organización Panamericana de la Salud) y OMS (Organización Mundial de la Salud), 2004.

8. *Situación de salud de la comunidad indígena U'wa del Departamento de Boyacá, Colombia*, Hospital Especial de Cubará, Gobernación de Boyacá y Secretaría de Salud de Boyacá, Colombia, 2007.

9. *Situación de salud de la comunidad indígena U'wa del Departamento de Boyacá, Colombia*: Op. cit.

participar del estudio fueron excluidos. Con ello, el número de familias participantes quedó establecido en 342 y un total de 1353 personas.

En lo referente a la construcción y validación de contenidos, constructo y confiabilidad de la prueba, se realizó un pilotaje a indígenas de una de las comunidades investigadas, que fue ejecutado por el equipo responsable del estudio, con la colaboración de promotores indígenas y de la asociación de autoridades tradicionales y cabildos Asou'wa.

3.1. Estadística poblacional

En este apartado se recogen datos sobre composición familiar, nivel educativo y actividad laboral, manejo de basuras, excretas y agua de consumo, tipo de vivienda y alimentación. Los datos más específicos referentes a la salud se presentan más adelante.

Composición familiar

La muestra la componen familias de diez comunidades: Barrosa, Bocotá, Zulia, etc. La edad promedio de los integrantes de la muestra fue de 20 años (tabla 1). Se observa un predominio del sexo femenino, especialmente en algunas comunidades, obteniéndose una razón mujer/hombre de 1,13/1, con un total de 296 hombres como jefes de familia y de 43 mujeres como jefes de familia. El promedio de habitantes por familia es de 4.

Según los datos de la tabla 1 la mayoría de la muestra se ubicó en las categorías «soltero» y «casado», para ambos sexos. Las categorías con más bajo porcentaje fueron, también para ambos sexos, viudo y separado o divorciado. Al comparar los datos correspondientes a hombres y mujeres se aprecia una población muy joven y gran disparidad (con predominio femenino) en los porcentajes de viudedad y separaciones o divorcios. Predominan las mujeres y los hombres casados frente a solteros, aunque la diferencia en los porcentajes de personas casadas respecto de solteras es mucho mayor en el universo femenino (12,6 puntos) que en el masculino (4,7 puntos).

Tabla 1: Distribución de la muestra en función del sexo, edad media y estado civil

Sexo	Núm. (%)	Edad media	Estado civil					Total
			S	C	U. L.	V	S/D	
Masculino	638 (47,2%)	20,7	318 (49,7%)	288 (45%)	25 (3,9%)	5 (0,8%)	4 (0,6%)	640 (100%)
Femenino	715 (52,8%)	19,7	371 (52%)	281 (39,4%)	25 (3,5%)	19 (2,7%)	17 (2,4%)	713 (100%)

S: soltero/a; C: casado/a; V: viudo/a; U.L: unión libre; S/D: Separado/a o divorciado/a.

Nivel educativo y actividad laboral

La proporción de analfabetismo en la población es muy elevado, del 86,8%, y con claro predominio de analfabetismo femenino. El 13,2% cursó algún grado

en primaria (12,3%) o en secundaria (0,9%); no existen reportes de estudios superiores tales como técnicos o universitarios.

En relación al trabajo desempeñado, en hombres predomina como principal actividad laboral la agricultura, con un 96,5%, seguido de actividades como la caza y la pesca; en las mujeres sobresale la agricultura, con el 74,6%, acompañada del cuidado de hijos y la cría de animales. Cabe resaltar que con ninguno de estos trabajos se superan ingresos del orden del salario mínimo legal (\$433.700, unos 160€/mes, en 2007).

Manejo de basuras, excretas y agua de consumo

Un 72,7% de viviendas obtienen el agua de las quebradas, sin tratar. Las demás familias la toman de pozos o tanques (21%) y muy pocas viviendas indígenas (2%) cuentan con conexión domiciliaria a las fuentes de agua, a través de mangueras.

Un 98,2% de las familias eliminan las basuras arrojándolas a campo abierto, como abono para las tierras cercanas a sus casas. El 69,9% de las familias utilizan como servicio sanitario también el campo abierto; el restante, aunque no tiene sanitario ni letrina, cuentan con un lugar específico.

Tipo de vivienda

Prevalecen las viviendas tradicionales, úbajas (95,3%), construidas principalmente por techos en paja y palma (81,6%), paredes de madera (57,8%) y el restante de materiales como tejas de barro o zinc y pisos de tierra (97,7%). En Zulia y Cobaría algunas familias viven en las antiguas misiones. No se cuenta con iluminación adecuada (se utiliza la hoguera como alumbrado en un 96,5%) y existe poca ventilación. Hay presencia de roedores en el 98,2% de las viviendas. Habitan de 2 a 5 personas por vivienda y crían animales (pollos, perros, cerdos y animales silvestres).

Alimentación

Dentro de la población estudiada se halló que los principales grupos alimenticios que se consumen son los correspondientes a hortalizas (95,4%), frutas (94,7%), lácteos (14,6%) y granos (10,5%), con un promedio de dos comidas al día. De la muestra, el 88,1% no se encuentra actualmente en programas de ayuda nutricional; el restante recibe ayudas de alimentación escolar, desayunos infantiles y «familias en acción».

La valoración talla/peso indicó que un 97,5% de la muestra tiene peso adecuado, un 2,5% (niños y niñas de 0 a 10 años) posee bajo peso; no existen registros de sobrepeso.

En cuanto a consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, un 49,1% de hombres frecuente embriagarse de dos a tres días a la semana, y generalmente consumen chicha, coca, tabaco mascado y tabaco fumado. En las mujeres, un 47% frecuente embriagarse con diversa regularidad; el consumo más alto es de chicha y coca. Como se ve, hay poca diferencia en el consumo de alcohol entre

los dos sexos. Este es un reflejo de la situación socioeconómica de la comunidad U'wa.

4. SALUD E HIGIENE

El trabajo de campo ha permitido obtener datos cuantitativos y también conocimientos sobre prácticas y creencias de la población. En este apartado presentaremos una descripción general de las costumbres higiénicas, del sistema tradicional de salud indígena, y de cómo se relaciona con el sistema occidental. Comentaremos los factores que condicionan la salud de las comunidades, en particular de las mujeres U'wa, que tienen muchas veces origen en costumbres (que no les permiten, por ejemplo, aceptar exploraciones ginecológicas). En el apartado siguiente daremos y discutiremos algunos datos cuantitativos.

4.1. Costumbres higiénicas

Los U'wa tradicionalmente creen que toda persona u objeto foráneo trae contaminación y debe ser purificado. Esto se hace durante cuatro o más noches de cantos, rituales y con soplos sobre una pluma de garza. Antes de 1982 no aceptaban libros, radios o grabadoras y se oponían a cualquier sistema escolar.

Los indígenas que viven dentro de las comunidades hacen lavados de manos y boca antes de comer, y tienen su propia valoración sobre los contaminantes del agua y la comida; en particular, se cuidan de no consumir alimentos ni beber agua en cualquier parte. Tienen una alimentación propia, como su propia concepción sobre el manejo de las basuras, y siguen las normas del Werjayá (autoridad tradicional), quien también es el más sabio agente de salud, y del Tayota (adivino).

4.2. El sistema de salud tradicional indígena

El sistema de salud del pueblo U'wa está basado en la tradición y el aprendizaje de diversos mundos (conocimientos de origen), como verdades que sustentan la concepción del origen del mundo, de lo que deben hacer los U'wa por el mundo y para agradar a Sira (Dios o Creador del mundo U'wa). Estos conocimientos dan cuenta de la salud y la enfermedad, sobre la vida y la muerte, y en ellos se cimienta el sistema de medicina tradicional.

La medicina tradicional indígena es orientada y practicada por los Werjayá, que tienen una jerarquía basada en la profundidad de sus conocimientos y en el control que ejercen sobre diferentes fuerzas de la naturaleza y sobrenaturales.

Los Werjayá tienen ayudantes y aprendices, como los Baukarinas y Kuerikukinas. Los Werjaina ubican la salud como un estado de armonía del hombre con la tierra, el aire, el agua, el fuego, los alimentos, y las personas. Los U'wa tienen salud cuando viven con alegría y comen bien. Las prácticas de medicina tradicional se basan en una actividad conocida como el soplo, técnicas de manejo de la energía, el uso de plantas especiales, rezos, ayunos o dietas (libres de sal y de carne, comida cruda, etc.). La mayoría de las familias conocen el uso de plantas medicinales (medicina tradicional).

Para el U'wa tener salud es estar bien, no tener problemas ni sufrir ninguna enfermedad. Antiguamente la gente se enfermaba poco: no había contaminación del aire ni había quien propagara las enfermedades. Los ancianos Uejená controlaban y soplaban toda clase de objetos traídos de otra región, y lo mismo hacían a las personas que salían de ella a comerciar. A pesar de ello, de vez en cuando llegaba la viruela, el sarampión o la tos ferina, acabando con mucha gente. Las enfermedades pueden ser transmitidas por diversos elementos de la naturaleza como el sol, los espíritus de los muertos, el agua lluvia, la atmósfera, la tierra, el medio ambiente, la rascadera, y algunas fieras y animales, entre otros. Con el propósito de combatir las enfermedades los ancianos Uejená recibieron de Sira distintas fórmulas de curación referidas a cada enfermedad, las cuales se le aplican al paciente mediante recitativos cantados o rezados mentalmente. Si el anciano llega a aplicar la fórmula inadecuadamente es posible que el paciente se complique, se agrave y sobrevenga la muerte.

A pesar del proceso de aculturación al que se han visto sometidos los U'wa por la intromisión religiosa y la presencia colonizadora, las comunidades siguen practicando la medicina tradicional en cabeza de los Werjayá. Sin embargo, ellos admiten que no todas las enfermedades se pueden curar a través de la medicina tradicional y por ello recurren en segunda instancia a la medicina occidental (puestos de salud, hospitales). Así, los enfermos consultan o mandan consultar al Tayota para encontrar el origen de la enfermedad y para saber quién puede curarla. Algunas veces el adivino descubre que se trata de una enfermedad contagiada de blanco y que sólo los blancos saben curar; en ese caso los Werjayá autorizan la salida de los enfermos hacia el centro de salud o el hospital local, si consideran que el cuerpo del indígena está acostumbrado a los medicamentos. En algunas comunidades, el enfermo es visto primero por el médico occidental y al regresar a su comunidad participa de un rito de purificación. Tradicionalmente, si en alguna familia hay un enfermo, toda la familia suele acompañarlo, porque se tiene una concepción grupal de la enfermedad.

Algunas familias tienen su propio método de planificación familiar, y los partos son atendidos por familiares cercanos o por el cacique; las mujeres lactan a sus hijos hasta más o menos los dos años de edad.

4.3. Factores condicionantes de la salud

En general, la comunidad indígena tiene un bajo nivel socioeconómico y los recién nacidos tienen bajo peso al nacer debido a los ayunos de las mujeres gestantes, al consumo de hayo (hojas de coca) que hace desaparecer el hambre, al consumo de alimentos poco nutritivos y comidas no equilibradas.

En cuanto a actividades de protección específica, algunas familias rechazan la inmunización vía parenteral en menores de 1 año, cuando el niño o niña aún no ha recibido bautizo y nombre mediante una ceremonia tradicional. Otras familias rechazan la vacunación a cualquier edad. Las actividades como citologías, atención en planificación familiar y atención del parto, no son recibidas por la población por razones culturales.

Los U'wa tienen acceso a los diferentes sistemas de salud, tanto de medicina tradicional como el sistema colono. Los «promotores de salud» cumplen el papel de ser intermediarios entre los dos sistemas; son personas ligadas a organizaciones estatales, y algunos a veces son Kuerikukinas (ayudantes del Werjaina), que se encargan principalmente de mantener el contacto entre la medicina de los colonos y la de la población indígena. La ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social e incluyó el derecho de la población indígena a participar de Régimen Subsidiado en Salud. En el presente estudio se encontró que un 83,6% de la población pertenecen a este régimen, que contrata con instituciones de salud de primer nivel. A estas organizaciones les corresponde, por ley, propiciar diálogos entre los sistemas de salud y la comunidad, para adecuar los servicios asistenciales a las particularidades culturales y sociales de cada región.

En lo concerniente a la atención primaria en salud, se cuenta con las brigadas correspondientes a las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) de los municipios de Cubará y Güican. Estas brigadas realizan visitas dos veces al año, la primera antes del primer ayuno de kuezko y la segunda en los meses de octubre a noviembre. Estas brigadas cuentan con médico, odontólogo o higienista oral, enfermero y vacunador. Aunque las comunidades cuentan, como se ha dicho, con algunos promotores de salud indígenas capacitados para ejercer una labor de medicina preventiva y de promoción de la salud, debido al difícil acceso geográfico desde las comunidades hacia el hospital algunas personas sufren enfermedades y muertes evitables hoy en día.

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: DATOS ESTADÍSTICOS

El análisis de la situación en cuanto a salud de la comunidad indígena U'wa precisa de la caracterización de los factores de riesgo presentes y predominantes en esta población. Dado que la salud es un derecho de toda la población, y es el principal indicador de la calidad de vida de las personas¹⁰, se debe también estimar la cobertura y el acceso a los sistemas de salud en las comunidades indígenas e identificar las barreras que encuentran esta población para acceder a los servicios de salud.

Con objeto de formar un cuadro general sobre la morbilidad y mortalidad del pueblo U'wa, así como de su actitud ante las prácticas y opciones de salud que son accesibles al resto de la población colombiana, presentaremos a continuación un conjunto de datos estadísticos tomados de la muestra referida en la sección 3. Al concluir esta batería de datos presentaremos, en el apartado siguiente, unas reflexiones generales y una comparación de la situación sanitaria según el sexo y la edad.

10. IBACACHE, J; LEIGHTON, A.: *Perfil epidemiológico de los pueblos indígenas*, Informe del Ministerio de Salud de Colombia, 1999. <http://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/> (consultado el 23 de abril de 2007).

Morbilidad y mortalidad

A partir de los datos de las instituciones prestadoras de salud, los motivos de consulta que ocuparon las cinco primeras causas de atención en el año 2006 fueron la bronquitis (27%), la acidez gástrica (25%), la enfermedad diarreica aguda (19%), la infección respiratoria aguda (15%) y la parasitosis (10%). No se tienen datos referentes a la atención de partos, porque mayoritariamente ocurren en las propias viviendas y por el sistema tradicional. Los cambios en el estado del tiempo, la contaminación ambiental, la caída de cuajo, la herencia y el shaguara (mal de ojo) son las principales causas que atribuyeron las personas encuestadas a las anteriores enfermedades.

Los datos de morbilidad sentida¹¹ se recogen en la tabla 2, y coinciden con los datos de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS). Se observa que la población masculina es la que con menor frecuencia asiste a los servicios de salud, y bebés y niñas son las más atendidas.

Tabla 2: Distribución de la muestra por morbilidad sentida y grupos más afectados

Enfermedad	Frecuencia	%	Grupo poblacional más afectado por sexo y rango de edad	
			Sexo	Años
Diarrea	145	35,9%	F	0-10
Tos	117	29%	F	0-10
Fiebre	116	27%	F	0-10
Gripe	90	22,7%	F	0-10
Dolor de cabeza	77	18%	F	21-30
Dolor en el pecho	65	13,7%	F	11-30
Dolor de estomago	48	10,1%	F	0-10
Dolor de espalda	32	7,3%	M	41-50
Dolor en el cuerpo	31	6,8%	F	21-60
Granos en el cuerpo	20	4,1%	M	0-10
Escalofríos	20	3,9%	F	21-30
Dolor de cintura	14	3,7%	M	31- 40
Total	775	100%		

Con relación a qué servicios acude la población enferma, se observa en la fig. 2 que un 39,4% acude a atención en el nivel 1 y el 16,7% asiste con el promotor de salud u otro familiar; con el médico tradicional se totaliza un 9,6% y una proporción del 34,3% opta porque nadie trate su enfermedad. Por tanto, un poco más de una cuarta parte de las personas encuestadas acuden a los servicios tradicionales o promotores indígenas (16,7% + 9,6%). Este hecho es una muestra del rápido proceso de introducción de la medicina occidental en estas comunidades, ocurrido en poco más de dos decenios.

11. «Sentida» se refiere a la opinión (no médica) de familiares, comunidad, etc. También se denomina «estado de salud autopercebido».

Figura 2: Distribución de la población por servicios de salud consultados



Durante el año 2006 y los cuatro primeros meses del año 2007 se registraron 51 fallecimientos (tabla 3); hubo un predominio del sexo masculino, con un 64% de fallecimientos. El promedio de edad en el momento de la muerte fue de 28 años, pero entre el rango de 0 a 10 años se presentó el mayor porcentaje de defunciones. En este periodo de tiempo no se reportaron muertes maternas durante el parto.

Tabla 3: Indicadores de mortalidad sentida en todos los grupos de edad

Causa de la muerte	Frecuencia	Grupo poblacional más afectado	
		Sexo	Rango edad
Infección respiratoria aguda	14	M	0-10
Vejez	9	M	61-70
Enfermedad diarreica aguda	6	F	0-10
Mordedura de serpiente	5	M	21-30
Desconocida	5	M	61-70
Enfermedad pulmonar	3	F	0-10
Tuberculosis	2	M	41-60
Ahogo	2	M	51-60
Paludismo	1	M	0-10
Otras causas	4	M	11-20
Total	51		

Vacunación, salud oral, desparasitación y lactancia materna en menores de cinco años

De acuerdo a los registros de vacunación, tabla 4, un 14,5% de niños indígenas U'wa no han sido vacunados en ninguna ocasión. Los principales motivos que se reportaron para la ausencia de vacunación fueron los siguientes: por vivir muy lejos del centro de salud (44,4%), porque no ha sido bautizado el niño o la niña (33,3%) y por no querer vacunarlo los padres (19,4%). Sin embargo, dentro del porcentaje de niños que sí que han sido vacunados la mayoría no presenta el esquema de vacunación adecuado para su edad. Los datos concretos varían fuertemente de comunidad en comunidad. Estos datos de vacunación, así como los hábitos alimenticios ya comentados, permiten entender los elevados índices de mortalidad infantil que muestra la tabla 3.

Tabla 4: Menores de cinco años vacunados según un esquema adecuado, o no, en una distribución de la muestra por comunidades

Comunidad	Vacunados		Esquema adecuado	
	Sí	No	Sí	No
Barrosa	25	0	10	15
Bocotá	12	2	0	14
Cobaría	35	6	8	33
Chuscal	12	3	5	10
Fátima	20	2	11	11
Rabaria	17	9	3	23
Rinconada	8	4	1	11
Rotarbaria	24	4	10	18
Tegria	35	3	21	17
Zulia	48	7	32	23
Total	236	40	101	175

Normalmente, la población U'wa no tiene alteraciones dentales. En referencia a la consulta odontológica en el último año (2006-2007) se halló que un 97,1% no asiste por desconocimiento, lejanía u otras causas. Mas de la mitad de esta muestra no tiene caries, y la proporción de menores con caries es muy baja, del 2,2%.

El porcentaje de desparasitados es de 68,6%, donde prima una sola desparasitación en el último año, con un 92,6%. El total de desparasitados fue de 102 menores, un 37%.

En cuanto a hábitos de lactancia, se destaca (tabla 5) que sólo un/a niño/a nunca recibió lactancia materna y un 44,4% la tomó hasta el segundo año de

Tabla 5: Lactancia materna en menores de cinco años en una distribución de la muestra por comunidades

Comunidad	Lactancia			Lactó hasta...			
	Ex.	Com.	N.L.	6 meses – 1 año	1 a 2 años	Más de 2 años	Nunca recibió
Barrosa	7	7	11	5	6	0	0
Bocotá	4	6	4	1	3	0	0
Cobaría	5	14	22	12	9	1	0
Chuscal	7	4	4	2	2	0	0
Fátima	2	8	12	6	4	2	0
Rabaria	6	8	12	5	7	0	0
Rinconada	2	5	5	2	3	0	0
Rotarbaria	5	13	10	7	3	0	0
Tegria	3	16	19	5	12	2	0
Zulia	12	18	25	17	6	1	1
Total	53	99	124	62	55	6	1

Tipo de lactancia: Ex.: exclusiva, Com.: complementaria, N.L.: no está lactando.

edad. Sin embargo, la lactancia materna en exclusiva es poco frecuente, probablemente por las deficiencias dietéticas de las madres.

Actividades de promoción y prevención en mujeres en edad fértil

En la muestra se encontró a 404 mujeres (33,4%) en edad fértil, con una edad de inicio de la maternidad de 14 años. Dentro de esta población femenina sólo una mujer planifica, utilizando el método tradicional *cuhwiro* o sopro, que es realizado por el cacique de la comunidad. Los siguientes motivos se expresaron para no planificar: no desearlo, creencias culturales o no tener actualmente compañero. Ninguna de las mujeres encuestadas se practicó examen de matriz en el último año, principalmente debido a las creencias culturales y al desconocimiento. Por las mismas razones, ninguna mujer en edad fértil se realizó examen de seno en el último año. Vemos que las mujeres U'wa comienzan a tener hijos cuando son muy jóvenes y, por otra parte, les resulta difícil someterse a controles ginecológicos.

Gestación, embarazo y parto

Dentro de la población femenina que se hallaba en edad fértil se encontraban 58 mujeres (14,5%) en estado de embarazo; de este grupo, sólo un 12,1% ha asistido a controles, ya sea con las instituciones de salud o con el promotor de salud; las demás no utilizan este servicio por lejanía, dificultades económicas o desconocimiento. A un 65,1% de mujeres embarazadas se les ha vacunado con la primera dosis tetánica.

Según los datos de la tabla 6, la mayor fracción de mujeres ha tenido de 3 a 5 hijos, y a casi una cuarta parte de ellas se les ha muerto algún hijo al nacer. Tradicionalmente, los partos han sido asistidos por ellas mismas y en algunos casos recurren a familiares o parteras; actualmente, una baja proporción acude a ser tratada por los sistemas de salud.

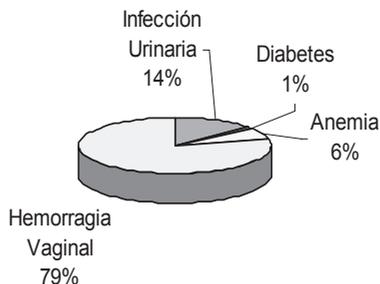
Tabla 6: Distribución de la muestra por nacidos vivos y nacidos muertos.

Nacidos vivos	Frecuencia	%	Nacidos muertos	Frecuencia	%
1-2	124	38,4%	1-2	77	23,9%
3-5	154	47,7%	3-5	4	1,2%
5-7	35	10,8%	5-7	1	0,3%
8 o más	3	0,9%	8 o más	0	0%
Ninguno	7	2,2%	Ninguno	241	74,5%
Total	323	100%	Total	323	100%

Entre las enfermedades que con mayor frecuencia han afectado a las mujeres en el embarazo anterior, o en el actual, se encontraron, por este orden: hemorragias, infección urinaria, anemia, y diabetes, figura 3.

Aunque el estudio estadístico realizado fue mucho más exhaustivo que el presentado aquí, con estos datos podemos tener una idea cabal de la situación

Figura 3: Distribución de la muestra por enfermedades durante el anterior o actual embarazo



higiénico-sanitaria de este grupo poblacional, y el análisis de algunas de sus tradiciones y hábitos nos ha permitido contextualizar estos datos. Presentaremos a continuación algunos comentarios generales en este sentido.

6. ANÁLISIS DEL ESTUDIO DE CAMPO Y DISCUSIÓN

Los datos mostrados en la sección anterior indican que en lo concerniente a la composición familiar de las comunidades indígenas U'wa predomina la presencia de mujeres, en especial en el rango de edad de 0 a 10 años. Se produce una gran movilización de los hombres por motivos de trabajo en la agricultura y, además, son ellos quienes más asisten a las escuelas. En cuanto al nivel educativo, se observó una alta proporción de analfabetismo, especialmente en las mujeres U'wa. Este hecho, sumado a la baja compensación económica, ubica a esta comunidad como de alta dependencia económica frente a la nación¹².

Las creencias culturales de la comunidad U'wa los lleva a seleccionar las quebradas o pozos de donde es posible beber el agua sin temor a enfermarse, ya que consideran a los ríos fuentes de aguas contaminadas natural y espiritualmente. Pese a esta concepción de pureza, el consumo de agua no potable es una de las principales causas de morbilidad, especialmente de parasitosis en niñas y niños menores de cinco años.

Las cifras de desnutrición se centran en menores de 10 años; en especial, los recién nacidos tienen bajo peso al nacer debido a los ayunos de las madres, al consumo de alimentos poco nutritivos, comidas no balanceadas y el consumo de hojas de coca para mitigar la necesidad de comer. Debido a ello, los miembros de estas comunidades tienen pocas defensas en sus organismos para combatir graves enfermedades que ponen en peligro su vida. Estos resultados se asemejan a los encontrados en las comunidades Paeces en el Cauca, Awá

12. SÁNCHEZ, E; ARANGO, R.: *Los Pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio*, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, 2004.

Kwaikeres en Nariño y Emberá en Antioquia, en donde una de las principales causas de mortalidad infantil es la desnutrición¹³.

Los datos de vacunación mostraron una creciente incidencia de los sistemas de salud dentro de la cultura U'wa. Pese a ello, la distancia existente entre las comunidades y las instituciones de salud se consolida como el primer obstáculo para la inmunización por vía oral o parenteral; este hecho desplaza en importancia a las creencias culturales, tales como el no estar aún bautizado y no contar, por tanto, con el nombre U'wa, como principales motivos que años atrás impedían realizar este tipo de actividades de promoción y prevención.

El desconocimiento, la lejanía, además de sus costumbres en relación al lavado de boca y dientes mediante el uso de plantas, hacen concebir que no sea necesario asistir al odontólogo; no es ésta una necesidad básica dentro de su cultura de bienestar y salud.

La edad de inicio de la actividad sexual encontrada en mujeres embarazadas, o con su primer hijo, fue de 14 años en adelante y se mantiene hasta aproximadamente los 45 años. Respecto a las actividades de promoción y prevención, un alto porcentaje de la población femenina adulta no planifica, no se realiza citologías, examen de seno, ni controles prenatales. Muchas mujeres opinan que planificar interrumpe el ciclo de vida de los U'wa, donde la fertilidad es un estado muy valioso para la mujer y para su cultura. El impedir que una mujer procrea es una negación hacia la prosperidad y trascendencia en el tiempo de sus comunidades.

En los U'wa la morbilidad, tanto sentida como institucional, mostró que la enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y parasitosis fueron las que prevalecieron. De acuerdo con el Ministerio de Protección Social¹⁴ y la OPS/OMS¹⁵, éstas son enfermedades propias de la pobreza y situaciones de marginación.

En la actualidad se ha modificado la percepción sobre los sistemas de salud, haciéndose más cercanos y efectivos en la población indígena, e incrementando paulatinamente el acceso a estos servicios. Pese a que el médico tradicional posee una sabiduría basada en el conocimiento profundo de su medio, sus relaciones, recursos y aplicabilidad, y muestra un gran nivel de efectividad en la curación de dolencias y enfermedades propias de su entorno, ciertas enfermedades ajenas a su cultura requieren de otro tipo de tratamiento. Características tan propias y arraigadas de una cultura, como son el idioma y las creencias culturales, no representan un obstáculo actualmente para acceder a los servicios

13. AUPEC (Agencia Universitaria de Periodismo Científico): *Población indígena, en riesgo de desaparecer*, 2000. <http://aupec.univalle.edu.co/temas/civilizacion.html> (consultado el 25 de abril de 2007).

14. MPS/OMS: Op. cit.

15. OPS/OMS: *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. División de Desarrollo de sistemas y servicios de salud. División de promoción y protección de la salud. Salud Mental y poblaciones indígenas en América Latina*, Ginebra, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 1997.

en salud de las IPS, que cada vez convocan a un número mayor de indígenas de todas las edades.

Entre los factores de riesgo que potencializan las enfermedades en esta población se hallaron los siguientes: cambios bruscos de temperatura, consumo de agua no potable, inadecuada alimentación y atención médica tardía. Estos factores se asemejan a los encontrados en las comunidades indígenas a orillas del río Putumayo en 1998¹⁶. El no contar con registros reales y actualizados de mortalidad dificulta las actividades de los sistemas de salud, ya que algunas personas sufren enfermedades y muertes evitables hoy en día. Cabe resaltar, sin embargo, que no existen reportes de fallecimientos por actos de violencia, lo que define un sistema de protección social en estas comunidades indígenas del Departamento de Boyacá

El presente estudio ofrece una visión más clara y complementaria de la situación de salud de los indígenas U'wa, y permite también caracterizar sus condiciones de vida de acuerdo con su contexto cultural. Muchos de los resultados del estudio coinciden con otros similares¹⁷, y refuerzan la necesidad de una mayor atención a estas comunidades, especialmente a las mujeres adultas en edad fértil y a sus bebés.

7. RITOS Y TRADICIONES

Ya se ha comentado cómo diversas creencias y tradiciones impiden el acceso a prácticas de salud (como vacunaciones en bebés o exploraciones preventivas en mujeres). Mencionaremos brevemente aquí un ritual importante en las jóvenes de estas comunidades indígenas, el de la imposición y posterior quitada de la *kókora* o gorro que les cubre la cabeza:

«La mujer queda incomunicada desde el instante en que le llega la primera menstruación; debe guardar silencio e irse de la casa a un lugar cercano, fácil de encontrar. Desde ese momento le está prohibido consumir alimentos cocidos, sal y toda clase de carne. Ella puede regresar a su casa por la noche pero no debe permitir que sus familiares le vean el rostro y debe acostarse en completo silencio.

La *kókora* es un gorro elaborado con hojas de rascadera, rascador o sámago. Se lo colocan a las muchachas cuando llegan a la pubertad. El gorro se hace de modo que quede una especie de pico en la parte superior, a manera de triángulo. El gorro cubre completamente la cabeza dejando solamente un orificio para ver y para la boca. La importancia de la imposición de la *kókora* radica en el hecho de que mediante ella se le da participación a la muchacha en la vida de los adultos, se le previene de enfermedades y se le augura buena fortuna durante su vida. Por esa razón se deben soplar

16. *Inventario de Instituciones y Programas de Salud en las Fronteras Andinas*, Op. cit.

17. Informe FNSPI (Foro Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas de Costa Rica): *Situación de las condiciones de salud de los pueblos indígenas en Costa Rica* (2007). <http://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/saludpueblosindigenas/> (consultado el 10 de marzo de 2007). PARRA, A.: *Situación de salud de las comunidades indígenas a orilla del río Putumayo en el Departamento del Amazonas*, Colombia, Secretaría Departamental de Salud del Amazonas, 1999.

Figura 2: Joven U'wa con la kókora



todos los objetos que ella va a utilizar, así como la comida asada como el maíz y el plátano verde, de tal forma que no vaya a sufrir de asma y enflaquecimiento»¹⁸.

Hoy en día se ha suavizado un poco y les deja la cara al descubierto, como muestra la fotografía.

Hay un interesante estudio del Dr. Alarcón-Nivia sobre consideraciones antropológicas y religiosas alrededor de la menstruación, tanto en culturas occidentales como en las comunidades indígenas. Cuando menciona los ritos de los pueblos U'wa, explica que:

«La tribu U'wa, de la familia Tunebo, que habita en la Sierra Nevada de Chita o Cocuy (alrededor del lago Bekana, al que consideran como el centro del mundo), impone a las jóvenes adolescentes de esta comunidad un sombrero llamado *kókora*, hecho con hojas de rascadera, el día que les llega la menstruación. El sombrero de *kókora*, que se lleva por lo menos un año, debe protegerla de los trastornos de la menstruación, del embarazo y ayudarla en la vida cotidiana. Durante el tiempo que la muchacha debe llevar la *kókora* deben observar normas muy estrictas. Entre éstas se encuentran el bañarse todos los días a las 4 de la mañana y no dejar ver su cabellera por nadie. Antiguamente el *kókora* se llevaba durante cuatro años. Actualmente solamente la llevan más o menos durante un año. Este rito también se llama 'rito de paso' y lo deben celebrar con la finalidad de prevenirle enfermedades a la muchacha en la segunda etapa de la vida y evitar que se presenten problemas durante las menstruaciones, el embarazo, el parto y la vida cotidiana.

18. AGUABLANCA, E. B.: Op. cit.

Para quitar la *kókora* existe otra ceremonia: cuando una muchacha ya ha cumplido, según el jefe Uejená y según sus padres, con el tiempo previsto, se prepara una fiesta a la cual se invita mucha gente pues se ofrece un banquete con bastante carne de monte y plátano. Cuando le quitan la *kókora* su pelo debe aparecer largo y liso; su rostro debe aparecer rosado y elegante»¹⁹.

8. CUESTIONES DE GÉNERO EN COMUNIDADES INDÍGENAS AMERICANAS

Los estudios que incorporan la perspectiva de género a la comprensión del mosaico étnico-cultural que perfila a las sociedades indoamericanas son de gran actualidad:

«Las dinámicas impuestas por un lado, por el desmoronamiento del bloque socialista... y por otro, por la globalización... están contribuyendo a la redefinición de las identidades, proceso en el que está cobrando relevancia la etnicidad, la diferencia cultural.

Estos aspectos están siendo considerados hoy día en los análisis sociales, superando la postura que privilegiaba el estudio de las desigualdades económicas sin considerar otras determinantes en la dinámica social. Sin embargo, son escasos aún los estudios que incorporan la perspectiva de género a la comprensión del mosaico étnico-cultural que perfila a cada sociedad, no obstante que éste se vincula estrechamente con las relaciones de género, especialmente en sociedades donde los pueblos indígenas constituyen una mayoría de la población, y han ido adquiriendo relevancia en las últimas décadas»²⁰.

Pero, por razones obvias, existen muchas más publicaciones que tratan de manera general sobre las comunidades indígenas de América del Norte que de Centro y Sur América, y muchísimas más en inglés que en español. Lo mismo puede decirse cuando nos referimos específicamente a cuestiones de género, que es un aspecto poco investigado aún en estas poblaciones. En una conocida base de datos exhaustiva sobre el tema de las comunidades indígenas, la *Native American Studies Collections*²¹, al apartado *Women* sólo se le dedica media página de 22, aunque, por ejemplo, se han estudiado aspectos muy concretos en indios norteamericanos como la homosexualidad y el «tercer género», o personas con características masculino-femeninas²². Este nivel de detalle en investigaciones

19. ALARCÓN-NIVIA, Miguel Ángel: «Algunas consideraciones antropológicas y religiosas alrededor de la menstruación», *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 56 (2005), pp. 1-15. (consultado http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000100005-&lng=es&nrm=iso el 12 de marzo de 2007).

20. MONZÓN, Ana Silvia: «La diversidad es riqueza: las relaciones de género en sociedades pluriculturales. Propuestas para la reflexión», *Serie cuadernos de trabajo hacia la equidad*, Unión Mundial para la Naturaleza. Fundación Guatemala, 2003 (consultado el 10 de noviembre de 2006 en http://www.generoyambiente.org/admin/admin_biblioteca/documentos/diveridad%20riqueza.pdf).

21. *Native American Studies Collections*, consultado en <http://library.stanford.edu/depts/ssrg/native/nativepm.html> el 18 de noviembre de 2007.

22. ROSCOE, Will: *The Zuni Man-Woman*, Albuquerque, University of New Mexico Press, 1991.

específicas está ausente en estudios de comunidades nativas centro y sudamericanas.

En términos generales, en las comunidades U'wa se reproducen muchos de los estereotipos que encontramos en otras culturas:

«**Oficios del hombre:** El hombre debía preparar el terreno para la siembra, rozar y tumbar los palos, repicar la tierra o quemar, y en ocasiones colaborar en la siembra. También se debía dedicar a buscar la leña, conseguir la carne de caza, preparar el caraño, la otoba y quemar las ollas recién hechas; asimismo, estaba encargado de construir los ranchos o chozas, organizar las fiestas familiares y salir a intercambiar los productos a otros sitios donde debía conseguir sal y otras cosas que faltaran en el hogar. En algunas comunidades de la región de Aguablanca los hombres son los encargados de desyerbar las huertas porque a las mujeres solamente se les asignan los oficios domésticos y de crianza de los hijos.

Oficios de la mujer: A la mujer le estaban asignadas todas las actividades de crianza de los hijos además de los oficios domésticos como cocinar los alimentos, preparar la chicha, recoger los productos de la huerta para preparar las comidas, buscar las hojas para preparar las camas, elaborar las ollas, las mochilas y trampas para cazar aves y otros animales. En algunas comunidades de esta región las mujeres desyerban las huertas mientras que en otras son los hombres quienes lo hacen»²³.

Así, las conocidas desigualdades de género que se dan en muchos países sudamericanos (por ejemplo, en índices de analfabetismo) se ven incrementadas, siempre en contra de las mujeres, en las comunidades indígenas. El presente estudio lo confirmó, con relación a la comunidad U'wa. En otros países de la región, como Panamá, la situación de la mujer indígena es similar. Afortunadamente, hay iniciativas de investigación en la acción y de abordaje de cuestiones básicas desde la perspectiva de género (tanto en la masculinidad como en la feminidad)²⁴. De hecho, una de las líneas prioritarias de actuación en los programas internacionales es el tratamiento de «la condición de las mujeres en los aspectos educativos, de salud, de autonomía económica, de participación y violencia de género»²⁵. Las mujeres U'wa de nuestro estudio enfrentan, como otras del continente americano, una «triple desventaja debido a su a) pertenencia étnica, b) sexo y c) residencia predominantemente rural»²⁶.

23. AGUABLANCA, E. B.: Op. Cit.

24. Véase, por ejemplo, el proyecto panameño «Género y desarrollo», dirigido a las comunidades indígenas. (consultado en http://www.ceaspa.org.pa/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=1 el 12 de noviembre de 2007).

25. AECI, Agencia Española de Cooperación Internacional: Plan de Acción para la Equidad de Género – Diagnóstico y Plan Operativo 2007-2008, Plan de Acción Regional. (consultado el 1 de octubre de 2007 en <http://ceccsica.org/programas-accion/genero/planregional2.html#> (consultado el 19/XI/07).

26. «Género, equidad y la salud de las mujeres indígenas en las Américas», Hoja informativa del programa Mujer, Salud y desarrollo, de la Organización Panamericana de la Salud. (consultado el 25 de octubre de 2007 en <http://www.ops-oms.org/Spanish/DPM/GPP/GH/GEHFactSheetSpanish.pdf>)

Concluiremos citando un interesante estudio²⁷ donde se presentan reflexiones y conceptos básicos para comprender la diversidad étnica y su vínculo con las relaciones de género, pues ambas dimensiones se entrecruzan e influyen mutuamente. Se analizan también las brechas sociales entre mujeres y hombres indígenas, sustentando la idea de que las relaciones de género al interior de los pueblos indígenas, si bien están matizadas por cosmovisiones y prácticas propias, están estructuradas por la cultura patriarcal que subordina y discrimina a las mujeres como género. Algunos movimientos indígenas han planteado reivindicaciones que se han plasmado en normativas legales –nacionales e internacionales– que han llegado a conformar un campo particular de derechos de los pueblos indígenas. En este punto tienen relevancia especial las luchas específicas de las mujeres indígenas. El estudio analiza también elementos básicos de las corrientes de pensamiento que actualmente tratan de explicar y proponer ideas y acciones en el ámbito de las relaciones interétnicas en sociedades multiculturales, pluriétnicas y plurilingües. Aunque estos estudios se han dirigido inicialmente a países centro y sudamericanos, los flujos migratorios actuales a nivel mundial los convierten en referencias de interés para las latitudes europeas. Concluiremos con una cita, en este contexto:

«Las mujeres comparten la opresión étnica con los hombres de sus grupos, por el sólo hecho de ser parte de pueblos tratados como minorías bajo dominación. Sin embargo, esta opresión es diferente de la que viven los hombres porque ellas están sujetas, además, al dominio genérico de los hombres de las familias –y quienes desempeñan cargos de autoridad– de las comunidades a las que pertenecen. En este sentido, las etnias son modificadores que dan una especificidad a la condición de la mujer»²⁸.

27. MONZÓN, Ana Silvia: Op. Cit.

28. *Ibíd.*

LAS CASAS DE ACOGIDA PARA MUJERES MALTRATADAS COMO RESPUESTA A UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA¹

ANA PAULA CID SANTOS
Universidad de Alicante

1. INTRODUCCIÓN

La O.M.S. establece diferentes pautas para la erradicación de la violencia de género, problema de salud pública que tan graves efectos tiene para el bienestar de tantas mujeres de todo el mundo. Una de sus recomendaciones aconseja elaborar estudios sobre la respuesta local a la violencia de género, y establecer así mecanismos más eficaces para su erradicación².

En 1993, las Naciones Unidas definieron la violencia contra las mujeres como:

«Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada»³.

Desde entonces se ha venido dando un cambio fundamental en las diversas declaraciones internacionales que ofrecen, al respecto, un marco normativo para la actuación de los gobiernos del mundo, y que debe reflejarse en las políticas nacionales.

-
1. Este artículo es un resumen del trabajo «Casas de acogida en la provincia de Alicante. Contexto histórico e internacional». Premio Ayuda a la Investigación 2002, Instituto de Cultura Juan Gil-Albert de la Diputación de Alicante, Premiado en su edición de 2004.
 2. OMS: «Informe mundial sobre la violencia, 2002» (en www.who.int/mediacentre/events/2002/es/index.html, consultado el 10 de febrero de 2004).
 3. Conferencia Mundial de Derechos Humanos 1993. Naciones Unidas. Asamblea General, Junio de 1993, Austria (en www.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/cdr_shadow.pdf, consultado el 10 de febrero de 2004).

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo⁴, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer⁵ y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia⁶ fueron ratificadas por la mayoría de los gobiernos.

La violencia basada en el género produce costos sanitarios, financieros y sociales, que en un país como Canadá se han calculado en 1.600 millones de dólares por año, en los que se incluye la atención médica y la pérdida de productividad. Según el Informe sobre el Desarrollo Mundial, publicado por el Banco Mundial en 1993, la violencia se sitúa entre las principales causas de la pérdida de años de vida entre mujeres⁷.

En España, el año 1997 marcó un punto de inflexión a partir del cual el problema de la violencia emerge en la agenda mediática con fuerza y obligó a actuaciones políticas más contundentes. Varios hechos contribuyeron a ello. Por una parte, el papel de las organizaciones de mujeres que venían denunciando las cifras de criminalidad. Por otra, el impacto que ocasionó la aparición en la Televisión andaluza de una mujer denunciando malos tratos, que días más tarde fue brutalmente asesinada por su marido, con quien compartía casa por orden judicial.

En este contexto, el I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica se elaboró en 1998 y tuvo vigencia hasta el 2000, el II Plan Integral contra la Violencia Doméstica (2001-2004) fue aprobado en Consejo de Ministros del 11 de mayo de 2001, y la Ley Integral contra la Violencia de Género fue aprobada en diciembre de 2004.

Entre los recursos puestos en marcha para detener este problema de salud pública, se encuentran en un lugar destacado las denominadas *casas de acogida para mujeres maltratadas*, que son una respuesta a la necesidad de encontrar un refugio de urgencia por parte de muchas mujeres ante una situación de violencia. Las mujeres acuden a estos centros tras soportar años de maltrato, pierden su entorno social, y han de empezar una nueva vida, la mayoría de ellas con menores a su cargo.

2. METODOLOGÍA Y TRABAJO DE CAMPO

Esta investigación abarca todas las casas de acogida existentes en la provincia de Alicante. En el trabajo de campo, se han visitado todas estas casas de acogida y se ha entrevistado al personal directivo de cada centro, entre los días

4. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Naciones Unidas. Desarrollo Económico y Social. Egipto, Septiembre de 1994.

5. Conferencia Mundial sobre la Mujer. Naciones Unidas. Documentos de Desarrollo Económico y Social. Beijing (China), Septiembre de 1995.

6. Conferencia Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia. Belem (Brasil), Junio de 1994.

7. HEISE L.: «La Violencia contra la mujer en las Américas», Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo, Octubre de 1998.

23 de marzo y 5 de abril de 2004. En las entrevistas personales, se ha pasado un cuestionario con preguntas abiertas sobre el funcionamiento de las casas y su infraestructura.

Previamente al trabajo de campo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de los trabajos internacionales realizados y publicados sobre las casas de acogida, así como de los trabajos de ámbito nacional publicados en España. La búsqueda se realizó en bases de datos internacionales, utilizando las palabras claves: *shelter, battered, women*.

Dado que en la búsqueda no aparecieron artículos con referencia a la situación de las casas de acogida en España, para identificar las investigaciones llevadas a cabo sobre la situación en el país se utilizó el buscador *Google* y las palabras clave: *casas de acogida* y *mujeres maltratadas*. Además, se contó con la información extraída de la Hemeroteca del Instituto de la Mujer. Se obtuvo información sobre tres estudios de ámbito nacional sobre las casas de acogida para mujeres maltratadas: el último data de 1996, como veremos más adelante. No se ha encontrado ninguna publicación que trate específicamente sobre las casas de acogida de la provincia de Alicante.

3. ¿CÓMO SURGEN LAS CASAS DE ACOGIDA PARA MUJERES MALTRATADAS?

La lucha para erradicar la violencia contra las mujeres comienza en la década de los setenta. En estos años, en los Estados Unidos cada 30 segundos una mujer era golpeada por su compañero, cónyuge o ex-marido, y un tercio de las mujeres víctimas de homicidios eran asesinadas por sus propios maridos o amantes. En el 80% de los casos la policía había sido llamada al menos una vez, para intervenir en las situaciones de violencia doméstica antes de que se desencadenara el crimen. El maltrato a las mujeres y los abusos a menores se consideraban ya entonces el mayor problema social, y los estudios se centraban en interpretar el significado social de la violencia en la familia, sus causas y las estrategias para combatirla⁸.

El movimiento de casas de acogida no sólo fue una primera respuesta a la violencia doméstica. Su objetivo estratégico consistía en cuestionar el modelo familiar vigente y se planteaba como tarea definir las formas familiares donde no existía violencia y donde se había completado la ruptura con un modelo patriarcal⁹.

Los objetivos comunes compartidos por las casas de acogida creadas en ese momento eran: promover un ambiente de cuidados y seguridad para las mujeres maltratadas y sus hijos; ofrecerles soporte emocional y asesoramiento socio psicológico; proveer información sobre los derechos legales de las mujeres; dar

8. MCGRATH, C.: «The crisis of domestic order», *Socialist Review*, 43 (1979), pp. 11-30.

9. EPSTEIN, S.: «Structure and ideology of shelters for battered women», *American Journal of Community Psychology*, 16 (1998), pp. 345-367.

asistencia en las comparecencias ante los juzgados; aportar opciones de vivienda, y explorar objetivos y direcciones a tomar en una vida futura¹⁰.

El movimiento de casas de acogida para mujeres maltratadas que surge en estos años estuvo muy influido por los sectores feministas que tomaron la iniciativa y la organización de muchos de estos centros. Cuando se planteó el desarrollo de estos servicios, el objetivo no era sólo ayudar a las mujeres, sino construir espacios y organizaciones que mantuvieran los valores de participación e igualdad en todas las personas. Muchas casas de acogida adoptaron una estructura colectivista y no jerárquica. Las normas fueron minimizadas y las decisiones eran tomadas por consenso. Las residentes participaban activamente en el desarrollo de los programas que se llevaban a cabo. Dado que se potenciaba la auto-ayuda, antiguas residentes eran animadas a volver como trabajadoras para dar soporte y servir como modelos de mujer que habían conseguido tener el control sobre sus vidas¹¹. Estas casas encontraron pronto problemas para su financiación y la lentitud del proceso de consenso les llevó a contradicciones entre los valores a mantener y la práctica del día a día. No sólo ofrecían refugio a las víctimas de la violencia sino que llamaron la atención pública sobre la difícil situación que estas personas tenían que soportar¹².

La razón por la que la violencia doméstica emerge en este momento histórico concreto –los años setenta– como problema social se hallaría en el hecho de la mayor presencia de las mujeres en el mercado laboral, y de su mayor poder en las esferas legal y cultural. A esto se añadiría el declive de la institución familiar como instrumento de dominación femenina. También se une a ello la fuerza del movimiento feminista, que eligió atacar el punto débil, y no el fuerte, de la dominación masculina¹³.

En 1982 se habían creado en los Estados Unidos 300 centros de acogida y se había reconocido el «síndrome de la mujer maltratada» dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades¹⁴. El movimiento de casas de acogida para mujeres maltratadas representó uno de los que más rápidamente se expandió a través de toda la nación, desde la movilización contra la guerra de Vietnam¹⁵. A medida que la sociedad fue tomando conciencia del problema, las agencias federales, estatales y locales del estado de bienestar empezaron a hacerse cargo y financiar estos centros, lo que no dejaba de ser un triunfo, ya que daba la posibilidad de acceder a mayores fuentes de financiación hacía crecer la visibilidad de las mujeres maltratadas ante la sociedad. Pero también se pagó un precio, pues la financiación estatal supuso abandonar el tipo de organización

10. ROBERTS, A.: «Sheltering battered women: A national study and service guide», *The Social Science*, 3(1981), pp. 88-100.

11. MORGAN, P.: «From battered wife to program client: The state shaping of social problems», *Kapitalistate*, 9 (1981), pp. 17-39.

12. SCHILLINGER, E.: «Dependency, control and isolation. Battered women and the welfare system», *Journal of Contemporary Ethnography*, 16 (1988), pp. 469-490.

13. EASTON, B.: «Feminism and the contemporary family», *Socialist Review*, 39 (1978), pp. 67-79.

14. SCHILLINGER, E.: Op. cit.

15. MORGAN, P.: Op. cit.

colectivista y de democracia directa en aras de una mayor profesionalización y burocratización¹⁶.

4. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

En España, la génesis de estas instituciones es diferente a la de otros países desarrollados, pues comienzan a crearse en 1984, y parten de la experiencia de los modelos que ya estaban en funcionamiento en Europa. Las casas de acogida en España se crean directamente por los Ayuntamientos y las comunidades autónomas¹⁷. En más de veinte años de experiencia se dispone de poca documentación sobre su funcionamiento, a pesar de que, en la actualidad, existen más de 125 centros de acogida en toda España.

La inversión anual en centros es de 1,8 millones de euros. La mayor parte de esta financiación proviene del impuesto sobre la renta¹⁸. Hay una gran variación en la financiación de estos programas de acogida, algunos cuestan 30.000 euros, otros se financian con 126.000 euros¹⁹. Las cifras que se manejan en ocasiones engloban tanto a los centros de acogida como a los albergues, los pisos tutelados y pisos de emergencia que, en principio, tienen diferentes objetivos²⁰. La Comisión del Parlamento Europeo para los Derechos de las Mujeres recomendaba en 1987 una plaza por cada 10.000 habitantes. En España hay una por cada 310.000 habitantes, según datos de 1998.

El primer trabajo que se publica en España data de 1982 y es anterior a la puesta en marcha de este tipo de centros²¹. En ese momento, se recogían 1.300 denuncias mensuales de malos tratos. Las mujeres tras la denuncia volvían al hogar familiar; no existían soluciones de emergencia. Este informe se elaboró tras la visita a diferentes centros en Inglaterra y Francia. En el Reino Unido existía ya entonces una Federación Nacional de refugios para mujeres maltratadas que agrupaba a 200 casas entre Inglaterra, Escocia y País de Gales. La finalidad de este informe realizado por el Instituto de la Mujer era que sirviera como documentación básica para aquellas instituciones y organismos españoles que estuvieran interesados en la creación de casas de acogida para mujeres maltratadas. Seis años más tarde, en 1992, el Instituto de la Mujer publica un informe en el que se recoge la experiencia de 25 casas que ya están trabajando en distintas poblaciones españolas²². Es un amplio estudio con una metodolo-

16. FERRARO K-J.: «Negotiating trouble in a battered women's shelter», *Urban-Life*, 5 (1983), pp. 345-360.

17. WALKER, P.; REY, C.; SEGOVIA, J.; ALONSO, A.: *Informe sobre casas de acogida para mujeres que sufren malos tratos*, Ministerio de Cultura-Instituto de la Mujer, Madrid, 1986.

18. *Diario de sesiones de las Cortes Generales*. De los derechos de la mujer, nº 46, 2001.

19. DE LA FUENTE, C.; MONTRAVETA, I.; VALLS, R.: *Quién es quién. Las entidades de acción social beneficiarias de la asignación tributaria del 0,52% del IRPF*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Publicaciones, Madrid, 1998.

20. ARRANZ E.: *Las políticas públicas a favor de las mujeres*, Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2000.

21. WALKER, P.; REY, C.; SEGOVIA, J.; ALONSO, A.: Op.cit.

22. *Ibidem*.

gía cuanti-cualitativa. En él, se realiza un análisis del perfil socioeconómico, tanto de la mujer maltratada como del maltratador y del tipo de maltrato que llega hasta estos centros. Se recoge, así mismo, datos sobre la infraestructura, localización, funcionamiento y equipo de trabajo de los centros. Se analizan los puntos críticos y los fuertes que en ese momento se encuentran, y las autoras proponen al final del mismo un nuevo modelo de referencia, basándose en los datos obtenidos. En este trabajo también se confrontaron experiencias con casas de acogida situadas en Estocolmo, Londres y Bruselas.

El último trabajo de ámbito nacional que se ha encontrado corresponde a 1996²³. Recoge información a través de cuestionarios de cincuenta casas de acogida en todo el territorio español. Este informe hace especial hincapié en la heterogeneidad que existe entre las casas de acogida en lo referente a la gestión, capacidad, medios económicos, equipos de profesionales, recursos y criterios de admisión. Mantiene que no existe una situación análoga en todas las Comunidades Autónomas y aboga por unificar criterios.

De este trabajo se extraen algunos datos de especial relevancia. Son los siguientes: Sólo el 46% de la muestra es un servicio exclusivo para mujeres maltratadas, el 54% restante acoge a mujeres con diferentes problemas. Un 28% se gestiona por los ayuntamientos, el 26% por Comunidades Religiosas, el 14% por Asociaciones de mujeres, el 4% por la Confederación de Asociaciones de Vecinos y el 28% restante es gestionado por diferentes instituciones. El 56% no desarrolla ninguna actividad específica con las mujeres y los niños; un 32% realiza talleres de Cerámica, Corte y Confección; un 12% organiza terapias grupales o individuales. En este trabajo se plantea que el 60% de las mujeres que residen en una casa de acogida vuelve con el maltratador.

Desde ese año de 1996 no se tiene constancia de ningún otro trabajo de ámbito nacional que evalúe la situación en la que se encuentran las casas de acogida.

Las casas de acogida son sólo una medida provisional que debe venir acompañada de otras medidas de reinserción, pues lo que aparentemente es una medida de protección, implica en realidad posicionar a las mujeres en una situación de revictimización y, en definitiva, supone una restricción de los derechos de la víctima, no de los agresores, y son éstos los que deben sufrir las consecuencias y asumir las responsabilidades de sus actos, y por lo tanto, han de ser sujetos de las órdenes de expulsión de los domicilios familiares²⁴.

23. «Casas de acogida para mujeres maltratadas», Comisión para la Investigación de Malos Tratos a las Mujeres. Instituto de la Mujer, Madrid, 1996.

24. DELGADO CORDERO, Ana: «Alternativas para combatir la violencia doméstica», Ponencia en la Mesa redonda sobre violencia de género, presentada en el IV Congreso de Escuelas de Trabajo Social, Alicante, abril 2002 (en *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 10 (2002), pp. 167-173).

5. LA SITUACIÓN DE LAS CASAS DE ACOGIDA EN LA PROVINCIA DE ALICANTE

Atendiendo a la tipología establecida en la orden del 17 de febrero de 2003, en la provincia de Alicante existen:

- Una casa de acogida con carácter de emergencia.
- Seis centros de acogida.

En la siguiente relación se denomina a cada casa por la organización que la gestiona, y se reseñan algunas de sus principales características:

Emaus

Organización fundada por el sacerdote católico francés Abbé Pierre, miembro de la resistencia durante la segunda guerra mundial y diputado entre 1947-1951. En la actualidad es una asociación estatal laica.

Centro de acogida: Casa con amplio jardín situado a las afueras de un núcleo urbano de 16.000 habitantes, en la Marina Baixa.

Capacidad máxima para 8 mujeres y 9 niños.

Adoratrices Esclavas de Santísimo Sacramento y de la Caridad.

Orden religiosa constituida el 1 de enero de 1857. Es una organización de ámbito estatal que trabaja con colectivos de mujeres, drogodependientes, personas reclusas y ex reclusas. El centro que gestiona en Alicante está en funcionamiento desde 1988.

Centro de acogida: Dos pisos unidos dentro de un complejo religioso, en pleno casco urbano.

Capacidad máxima para 9 mujeres y 11 niños, de 0 a 7 años.

Mensajeros de la Paz

Fundada en 1972 por el sacerdote Ángel García Rodríguez, es «una organización de carácter laico progresista», según el *Directorio ONGD 2000*, de la coordinadora de ONGs de España.

Gestiona la *casa de emergencia* constituida por dos pisos unidos. Se encuentra situada dentro de un gran bloque de viviendas, en un barrio de la periferia.

Capacidad para 6 mujeres y 6 niños. Admiten adolescentes, pero en el caso de los varones se valora su posible admisión en la casa.

Mujeres por la Democracia

Federación de ámbito estatal, dirección Calle Génova, 13, creada el 10 de agosto de 1992. Atiende a los siguientes colectivos: jóvenes, mujeres y personas con minusvalías.

Gestiona una *casa de acogida* formada por dos pisos unidos dentro de un bloque pequeño de viviendas. Situado en el núcleo urbano de una población de 50.000 habitantes en la Vega Baja.

Capacidad para 4 mujeres y 8 niños. Los niños son admitidos hasta los 14 años.

Gesmed (Gestión Socio-sanitaria del Mediterráneo)

Según informa en su página web,

«Gesmed surge con el objetivo de desarrollar la gestión socio-sanitaria del Grupo Imedes como respuesta a las nuevas necesidades generadas en un mercado de rápido crecimiento: los servicios de atención a personas. Ayuda a domicilio, residencias de personas mayores, discapacitados, menores, mujeres maltratadas y otros programas de acción comunitaria dirigidos a colectivos con necesidades específicas²⁵.

Tiene un convenio hasta el año 2006.

Gestiona un *centro de acogida* situado en un centro urbano.

Capacidad para 9 mujeres y 18 menores. En principio no hay límite de edad para los menores, pero se valora en cada caso. El límite está en los 14 años para los varones, pero se ha saltado esta condición con frecuencia.

Fundación Nuestra Señora del Carmen

Es un Patronato, cuyo presidente es el alcalde de la localidad donde está ubicada, que posee 6.000 habitantes y está situada en el interior de la comarca de la Marina Alta.

Casa de acogida: Edificio antiguo anexo a una residencia de ancianos.

Capacidad máxima de 7 plazas para niños y 7 para mujeres. Por la proximidad con la residencia no se admiten niños mayores de 8 años.

Hermanas Oblatas del Santísimo Redentor

En 1870 se convierte en congregación religiosa. Desde entonces interviene en barrios periféricos, zonas donde se ejerce la prostitución, atención a adolescentes y jóvenes en situación de riesgo, madres solteras y mujeres maltratadas.

Casa de acogida: Dos pisos unidos dentro de un complejo religioso, situado en un núcleo urbano.

Capacidad para 13 mujeres (seis en un piso y siete en otro). Se admiten menores de 18 meses.

Total de plazas en la provincia de Alicante

Para mujeres: 56.

Para niños: 66.

Total de ingresos anuales: 158 mujeres y 202 menores.

6. CONCLUSIONES

Tras analizar las respuestas obtenidas de las diferentes entrevistas, este estudio llega a las siguientes conclusiones:

- Las últimas leyes y órdenes establecidas por la Generalitat Valenciana con fecha de 2003 unifican criterios en cuanto a la organización y funcionamiento de estos centros.

25. <http://www.gesmed.es> (consultado el 20 de marzo de 2007).

Las casas de acogida para mujeres maltratadas como respuesta a un problema de...

- El 83% de estas mujeres y sus hijos llegan a las casas a través de los Centros 24 Horas y de los Servicios Sociales municipales.
- Las organizaciones y el personal directivo que gestiona estos centros mantienen diferentes criterios en cuanto a las causas y soluciones de la violencia de género.
- No existe en la provincia de Alicante un centro exclusivo para mujeres maltratadas que atienda a estas mujeres de manera integral. Tampoco hay viviendas tuteladas, que es una de las tipologías estipuladas por la orden de 17 de febrero de 2003 de la Consellería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana.
- El 30% de los ingresos en estos centros son mujeres, con o sin cargas familiares, que carecen de recursos, y el motivo de su ingreso no es la violencia. Por malos tratos ingresa el 51,21%, por prostitución el 6% y un 12% entra por el apartado de otros motivos.
- Solo una minoría de las mujeres que sufren violencia acceden a las casas de acogida.
- El perfil socio-económico y educativo de las mujeres que ingresan en estos centros es bajo. Casi el 44% no ha obtenido el graduado escolar.
- Las mujeres inmigrantes, por su mayor precariedad socioeconómica, ocupan en el momento del estudio casi el 50% de las plazas en estos centros.
- El déficit de guarderías, el difícil acceso a una vivienda y la precariedad laboral son los problemas que se destacan como más importantes; son recursos que siguen sin estar al alcance de estas mujeres, a pesar de que en los trabajos y estudios de los años ochenta ya se alertaba sobre la cuestión.
- La carencia de estos medios externos a las casas (guarderías, vivienda, trabajo...) disminuye la eficacia de este recurso.
- Las casas de acogida se encuentran, por lo general, insuficientemente financiadas, lo que repercute también en su funcionamiento.
- Se desconoce el número de mujeres que consiguen rehacer sus vidas de una forma autónoma, después de pasar por los programas de intervención de una casa de acogida.

SÍNDROMES EN FEMENINO. EL DISCURSO MÉDICO SOBRE LA FIBROMIALGIA

BEATRIZ TOSAL HERRERO
Universidad Miguel Hernández (Elche)

1. INTRODUCCIÓN

Parte de la producción sobre género y salud realizada desde las ciencias sociales, durante las últimas décadas, se ha centrado en el discurso médico hegemónico sobre la salud y el cuerpo de la mujer. Haciendo una crítica del androcentrismo presente en la medicina científica occidental¹, se ha denunciado que, frente a la pretendida racionalidad, objetividad y neutralidad científica, la medicina ha producido y reproducido valores sociales hegemónicos que han servido para justificar y legitimar una situación de inferioridad y de discriminación de la mujer. Este proceso ha supuesto la generación de teorías y prácticas de naturalización de las relaciones sociales y la normativización de las conductas y los cuerpos femeninos².

Este punto de vista masculino, dominante en la producción del conocimiento médico, ha consolidado una representación sobre la mujer y lo femenino en la que las diferencias biológicas se han planteado en términos jerárquicos³.

La imagen de la mujer, como un ser humano diferente e inferior al hombre, se ha forjado en torno a la visión de ésta como un sujeto predestinado biológi-

1. El androcentrismo científico puede presentarse en diferentes niveles en la producción del nuevo conocimiento médico. Estos niveles van desde la exclusión de las mujeres de la decisión y elaboración teórica, la definición, selección y priorización de los problemas a estudiar, el diseño e interpretación de los experimentos o la selección de las muestras, hasta la formulación de las hipótesis y metodologías utilizadas. ESTEBAN, M.L.: *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*, Donostia, Tercera Prensa, 2001.

2. ORTIZ, T.: *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*, Oviedo, KRK, 2006.

3. *Ibid.*, p. 165.

camente a la reproducción y la crianza, que por sus características, tanto físicas como psicológicas, se encuentra siempre al límite de la enfermedad⁴.

Este discurso androcéntrico presente en la medicina ha tenido repercusiones, no sólo guiando las interpretaciones médicas en la forma de describir, diagnosticar y tratar las enfermedades *de y en* las mujeres, sino, también, en la justificación y el mantenimiento de la desigualdad entre ambos sexos a través de mecanismos como la medicalización, la invisibilización y la psicologización de la fisiología y las enfermedades de las mujeres⁵.

En el caso de las enfermedades padecidas sólo por mujeres, es decir, de las enfermedades ginecológicas, parece resultar más patente la concepción masculina sobre el cuerpo y la naturaleza femenina. La imagen de la mujer reproductora es el núcleo sobre el que se ha planteado toda la ginecología como especialidad médica.

Esta visión de la mujer tiene importantes consecuencias a la hora de definir y tratar las enfermedades ginecológicas. Así, parte de la fisiología femenina, como la menstruación, el climaterio o el periodo premenstrual, que pertenecen al ciclo vital normal de la mujer, se patologizan y medicalizan porque se consideran estados anormales, ya que son momentos en los que transitoria o definitivamente no es posible la gestación⁶. Por ese mismo motivo, también la infertilidad, a pesar de no tener ninguna consecuencia en términos fisiológicos para la mujer, se considera una enfermedad susceptible de ser tratada⁷.

Esa aproximación a la mujer tiene, también, consecuencias en la construcción de los modelos y las hipótesis sobre la etiología de las enfermedades ginecológicas. En un esquema de conocimiento tan restrictivo, en el que todas las mujeres son, por naturaleza, reproductoras, no existen ni aquellas mujeres que no tienen una vida sexualmente activa ni las homosexuales. Esta concepción, que no tiene en cuenta la orientación sexual de la mujer, ha dado lugar a numerosos errores en la atribución causal y la distribución epidemiológica de determinadas enfermedades como, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino o el VIH⁸.

En el caso de las enfermedades que afectan a ambos sexos nos encontramos frente a dos situaciones: que la enfermedad tenga una distribución parecida entre hombres y mujeres o que sea un padecimiento mucho más prevalente en estas últimas. Tanto en un caso como en otro, la visión médica sobre las mujeres va a tener consecuencias en la consideración y manejo de los padecimientos.

4. BERNABEU, J.; CID, A.P.; ESPLUGUES, J.X.; GALIANA, M.E.: «Categorías diagnósticas y Género: Los Ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea», *XIII Coloquio Internacional de la AEIHM*, Barcelona, 2006.

5. PEREZ SEDEÑO, M.C.: *Valores cognitivos y contextuales en el periodo de ciencia normal. La medicina clínica*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2003.

6. Esta forma de actuación de la biomedicina ha sido criticada por la inclusión como enfermedad de diferentes procesos en ausencia de justificaciones científicas claras, por entenderse como un mecanismo indirecto de control social. ESTEBAN, M.L.: Op. cit., p. 35.

7. PEREZ SEDEÑO, M.C.: Op. cit., p. 170.

8. *Ibíd.*, p. 135.

Las enfermedades que se distribuyen de igual forma en ambos sexos tienden a representarse como si fuesen exclusivamente masculinas. Esta situación se debe a que lo masculino se equipara a lo humano en general y por ello el hombre se convierte en la norma⁹, en este caso, en el patrón de la forma de presentación de la enfermedad. Esta tendencia a plantear la enfermedad en clave masculina afecta tanto a la definición del cuadro sintomático y su epidemiología como al planteamiento de las hipótesis causales o la evolución de la misma, produciendo un importante sesgo de género en su diagnóstico y tratamiento¹⁰. En este caso, por tanto, se produce una invisibilización de las mujeres que afecta de manera sustancial al conocimiento científico y clínico de dichos procesos patológicos.

En el otro extremo nos encontraríamos con aquellas enfermedades que, no siendo ginecológicas, son padecidas casi exclusivamente por mujeres. Estos padecimientos tienen en general un conjunto de características en las que se manifiesta, de nuevo, la representación médica dominante sobre la naturaleza femenina.

Son enfermedades a las que, en general, se ha prestado poca atención y han sido mucho menos estudiadas por la medicina. Como consecuencia de esta falta de estudio se suelen presentar como cuadros de etiología desconocida (por ello, generalmente, son considerados síndromes). Esta ausencia de una explicación etiológica se solventa mediante el recurso a la psicología diferencial de la mujer, convirtiendo estos cuadros en problemas «oficiosamente» psicológicos.

Esta psicologización¹¹, que parte del supuesto de género de la fragilidad mental de las mujeres y su incapacidad «natural» para adaptarse satisfactoriamente a las situaciones estresantes, además de impedir, en cierto modo, la búsqueda de otras explicaciones causales, tiene un efecto directo sobre el estatus de la enfermedad, que pasa a considerarse poco grave, a pesar de que, en muchos casos, se trate de padecimientos altamente incapacitantes.

9. *Ibíd.*, pp. 42-43.

10. El sesgo de género se puede definir como «el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres, en cuanto a su naturaleza, a sus comportamientos y/o razonamientos; el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios, incluida la investigación, y que es discriminatoria para un sexo respecto a otro». Este sesgo puede manifestarse entendiendo que los problemas y riesgos para la salud para hombres y mujeres son iguales, como ocurre en este caso, o bien suponiendo que existen diferencias biológicas o psicológicas donde no las hay. Este último sería el caso de la mayoría de síndromes femeninos. RUIZ CANTERO, M.T.: «Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad», en C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero (eds): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, 2001, pp.163-178.

11. La psicologización hace referencia a la explicación en la que se alude a los factores psicológicos que, supuestamente, intervienen en la aparición de una enfermedad, cuando en realidad no existen pruebas que lo justifiquen. Desde esa perspectiva se considera que son los rasgos psicológicos del paciente los que producen la enfermedad aunque no se explica el mecanismo por el que actúan. GOUDSMIT, E.M.; GADD, R.: «All in the mind? The psychologization of illness», *The Psychologist*, 4 (1991), pp. 449-453.

1.1. Los síndromes femeninos

Dentro de este conjunto de padecimientos, que podríamos denominar como *síndromes femeninos*, se encuentran numerosos procesos que se han considerados funcionales –por la ausencia de alteraciones físicas objetivables y de una explicación causal– como el síndrome de intestino irritable, la cefalea tensional, el síndrome de fatiga crónica, el síndrome de piernas inquietas, la cistitis intersticial crónica, la sensibilidad química múltiple o el trastorno temporomandibular. A este conjunto de enfermedades habría que añadir otras, para las que sí existen alteraciones físicas o psicológicas constatadas, como el lupus eritematoso, la anorexia nerviosa o la bulimia.

Todas estas entidades morbosas, a las que se atribuye un importante componente psicológico, bien como causa del padecimiento, bien como factor coadyudante en su aparición, han tenido entre sus rasgos definitorios características indeseables que se presentaban como naturales de la condición femenina y que han sido utilizadas para corroborar los estereotipos que, sobre la mujer, se encuentran perpetuados en medicina, como la vulnerabilidad, la debilidad, la inferioridad, la fragilidad o la inmadurez.

Éste es, también, el caso de la fibromialgia, una enfermedad emergente¹² que, en los últimos 15 años, se ha convertido en una de las etiquetas más frecuentes para diagnosticar cuadros de síntomas inexplicables biomédicamente.

El término fibromialgia fue introducido por Hench en 1976 para remarcar el carácter no inflamatorio de la enfermedad conocida hasta ese momento como fibrositis; pero no fue hasta los años ochenta cuando se generalizó su uso en la literatura científica, fundamentalmente anglosajona (el término fibromialgia apareció por primera vez en la base de datos MedLine en 1981, y fue incluido, como descriptor, en su tesoro en 1989). En 1990 el *American College of Rheumatology (ACR)* estableció los criterios clínicos necesarios para realizar su diagnóstico. La fibromialgia, así definida, fue incorporada por la OMS en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) en 1992, y

12. La denominación enfermedades emergentes abarca a un conjunto heterogéneo de entidades nosológicas entre el que se encuentran tanto enfermedades infecciosas –producidas por nuevos agentes infecciosos como el VIH/SIDA, debidas a agentes infecciosos que reaparecen en escena por su extensión o su resistencia a los tratamientos convencionales, como la tuberculosis, o las que surgen como consecuencia del incremento del contacto humano con algunos patógenos, por ejemplo, en el caso del síndrome de las vacas locas– como no infecciosas. Entre estas últimas se encuentran aquellas que se presentan por exposición a sustancias tóxicas, las profesionales y las mentales. Además de otros síndromes mal delimitados, que se han considerados funcionales, entre los que se encuentran el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia. El concepto emergencia hace referencia, también, al proceso social por el cual el sufrimiento individual pasa a formar parte de las agendas públicas (políticas y sanitarias) con la aparición de recursos y dispositivos específicos para su investigación, control y prevención. En el caso de la fibromialgia, como el de muchas otras enfermedades controvertidas desde el punto de vista biomédico, este proceso de emergencia se ha visto profundamente lastrado por la incertidumbre desde el punto de vista clínico y epidemiológico pero, sobretodo, por la invisibilidad social del grupo afectado. PACKARD, R.; BROWN, P.; BERKELMAN, R.; FRUMKIN, H.: *Emerging illnesses and society. Negotiating the public health agenda*, Baltimore, The John HopkinsUniversity Press, 2004.

por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor en 1994¹³. A pesar de que su aparición en el mercado de los diagnósticos es relativamente reciente, su utilización en el ámbito clínico ha aumentado, sobre todo desde finales de los años noventa, considerándose una enfermedad que, para algunos autores, está llegado a proporciones epidémicas¹⁴.

La fibromialgia se ha definido como un síndrome crónico de etiología desconocida, que se caracteriza por un dolor difuso no articular que afecta a los músculos y que se asocia, típicamente, con fatiga persistente, sueño no reparador, rigidez generalizada y que, con frecuencia, se acompaña de otros síntomas corporales. Los criterios utilizados para su diagnóstico son: la existencia de un dolor difuso presente, como mínimo, durante tres meses, la palpación dolorosa en 11 de los 18 puntos sensibles posibles y la exclusión de alteraciones analíticas y radiográficas¹⁵.

A pesar de las dificultades que supone calcular la prevalencia de la fibromialgia¹⁶, ésta se estima en porcentajes que oscilan entre el 1% y el 4% de la población en los países desarrollados. Alrededor del 90% de las personas diagnosticadas son mujeres. En España, según los datos del Informe EPISER del año 2000, la fibromialgia afectaba al 2,4% de la población general, con una prevalencia en las mujeres del 4,2% y del 0,2% en varones, siendo la segunda enfermedad más frecuente en las consultas de reumatología¹⁷. Dos años más tarde el Informe EPIDOR mostraba, para una subpoblación clínica, una prevalencia del 12,2%. En este último estudio el porcentaje de mujeres fibromiálgicas frente al de hombres era del 94,6%¹⁸.

-
13. GUITART, J.: *La fibromialgia y aspectos relacionados*, Madrid, MAPFRE, 2000. VVAA: *Fibromialgia*, Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Serie Ordenación de prestaciones, 2003.
 14. SEDÓ, R.; ANCOCHEA, J.: «Una reflexión sobre la fibromialgia», *Atención Primaria*, 29 (2002), pp. 562-564. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL-Sociedad Española de Reumatología: «Subestudio de la fibromialgia», en *EPIDOR. Estudio epidemiológico del dolor en Reumatología en España*, Madrid, Edipharma, 2003, pp. 99-117. BALLINA, F.J.: «Fibromialgia», en Sociedad Española de Reumatología (ed.): *Manual SER de las Enfermedades Reumáticas*, Madrid, Panamericana, 2004, pp. 112-115.
 15. WOLFE, F.; SMYTHE, H.A.; YUNUS, M.B.; BENETT, R.M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG D.L. et al.: «Criteria for the classification of fibromyalgia, reporter of the Multicenter Criteria Commite», *Arthritis Rheumatism*, 33 (1990) pp. 160-172.
 16. Los datos epidemiológicos ofrecidos sobre la fibromialgia son poco fiables por las dificultades clínicas que plantea su diagnóstico. Por ello es posible que su presencia sea diagnosticada muchas veces como otra entidad, bien porque la difícil definición (ambigua y exclusivamente clínica) hace que sea denominada según los diferentes síndromes compatibles, bien porque sea definida como otra enfermedad más legítima. Por otro lado, debido la inespecificidad de los síntomas muchas veces los enfermos no acuden a las consultas médicas. Y en otros casos no se habrá considerado enfermedad por la ausencia de signos objetivables o aún no se habrá producido el diagnóstico de confirmación.
 17. VALVERDE, M.; JUAN, A.; RIBAS, B.; CARMONA L.: «Fibromialgia», en Sociedad Española de Reumatología (ed.): *Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*, Madrid, MSD, 2001, pp. 77-91.
 18. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL.: Op. cit., p. 107.

Esta diferencia en la distribución de la enfermedad entre los dos sexos obliga a plantearse cuáles son los motivos que provocan ese desproporcionado número de diagnósticos en las mujeres. El aumento podría deberse a la existencia de determinadas características específicas de las mujeres que las hiciesen más susceptibles de padecer la enfermedad, a circunstancias relacionadas con su papel social que pudiesen suponer situaciones de riesgo para desarrollarla o, también, podría deberse a la forma en que se construye y diagnostica la propia enfermedad.

Como veremos a continuación, la búsqueda de las causas que expliquen esa diferencia en la distribución entre hombres y mujeres no ha sido una línea de estudio que haya interesado a los investigadores que han trabajado en fibromialgia, ni desde el punto de vista del género –de los roles sociales o las situaciones de género implicadas en el desarrollo de la enfermedad– ni desde el punto de vista biológico¹⁹.

Aún así, las hipótesis elaboradas en torno a una especificidad biológica o psicológica de la mujer no se han confirmado, por lo que la feminización del síndrome parece deberse, en gran medida, a la construcción del objeto de estudio en la producción del conocimiento médico y a la reproducción de la ideología médica sobre la biología y el papel social de la mujer.

2. LA GESTACIÓN DE UN SÍNDROME EN FEMENINO. EL DISCURSO MÉDICO SOBRE LA FIBROMIALGIA

La presencia de mujeres con síntomas similares a los de diversos procesos reumatológicos para los que, aparentemente, no existe una causa biológica subyacente ha sido una constante en la práctica clínica²⁰.

Las tensiones producidas por la imposibilidad de evidenciar alteraciones somáticas para esos síntomas, la inconsistencia de las explicaciones etiológicas de tipo psicológico propuestas para explicarlos y la necesidad de diferenciar estos procesos de otros problemas reumatológicos condujo, a mediados de los años ochenta, a tratar de elaborar algún tipo de criterio protocolizado que corrigiese, en la medida de lo posible, la «arbitrariedad» (desde el punto de vista biomédico) en el diagnóstico de esos cuadros sintomáticos. En ese contexto surge, en el seno de la especialidad de reumatología, la etiqueta diagnóstica fibromialgia.

19. La ausencia de estudios sobre el papel que desempeñan los roles sociales en la aparición y desarrollo de la fibromialgia no resulta extraña dentro de un modelo como el de la medicina científico-occidental, caracterizado por una aproximación biologicista e individualista a la enfermedad. No ocurre lo mismo en el caso del sexo: la práctica inexistencia de trabajos en los que se tengan en cuenta variables relacionadas con el sexo pone de manifiesto el poco interés existente en encontrar una explicación para estas diferencias en la aparición del síndrome. BARKER, K.: *The story of fibromyalgia. Medical authority and women's worlds of pain*, Philadelphia, Temple University Press, 2005.

20. La fibromialgia comparte muchos rasgos clínicos y sociales con otras «expresiones de malestar» medicalizadas y que, en ocasiones anteriores, han dado lugar a padecimientos análogos que se han denominado neurastenia, histeria, fibrositis, dolor miofascial o reuma psicógeno.

Pero la creación del nuevo síndrome no ha servido ni para disminuir la arbitrariedad diagnóstica, ni para corregir el artefacto de género.

Los problemas con los criterios diagnósticos han hecho que la fibromialgia haya sido una entidad marcada desde su inicio por la polémica. La elección de éstos fue criticada desde su publicación por ser un razonamiento tautológico ya que se basó en un estudio en el que se confirmó como criterio diagnóstico específico la existencia de una palpación dolorosa en determinados puntos sensibles, en una muestra de pacientes previamente diagnosticados como fibromiálgicos en función de dichos puntos²¹.

Además, este criterio, el dolor generalizado o moderado, en al menos 11 de los 18 puntos sensibles, que se consideraba más representativo para diagnosticar el síndrome, sólo presenta una sensibilidad diagnóstica del 88,4% y una especificidad del 81,1%²². La poca especificidad y sensibilidad de este criterio supuso que ya en 1992 los propios autores del documento del ACR planteasen la necesidad de flexibilizar su uso en la práctica clínica, quedando la presencia de los puntos gatillo sólo con fines de investigación²³. Posteriormente, otros estudios han presentado la aparición de estos puntos sensibles en otras muchas situaciones de malestar físico y psicológico que van desde el fallo cardíaco congestivo hasta la pobreza.

Este hecho, junto a la dificultad para encontrar una explicación causal, un marcador biológico objetivo o un tratamiento efectivo para la misma, ha supuesto que en los últimos años el discurso sobre la fibromialgia elaborado por los propios reumatólogos se desmarque de la propuesta de los años noventa, pasando a considerarse más como un constructo clínico que como una entidad nosológica²⁴.

Además, la elección de los criterios ya constituyó un claro ejemplo de feminización de la enfermedad. Se utilizaron, como criterios diagnósticos, síntomas que eran más frecuentes en uno de los sexos, ya que los puntos sensibles o puntos gatillo son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres, mientras

21. GODFREY, J.: «Toward optimal health: The experts discuss fibromyalgia», *Journal of Women's Health*, 9 (2000), pp. 1055-1060. WHITE, M.; LEMKAU, J.; CLASEN, M.: «Fibromyalgia: A feminist biopsychosocial perspective», *Women and Therapy*, 23 (2001), pp. 45-58.

22. WOLFE, F.; SMYTHE, H.A.; YUNUS, M.B.; BENETT, R.M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG D.L.: Op. cit., p. 161.

23. WOLFE, F.: «The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is a not discrete disorder in the clinic», *Annals of Rheumatic Diseases*, 56 (1997), pp. 268-271. WOLFE, F.: «Stop using the American collage of Rheumatology criteria in the clinic», *Journal of Rheumatology*, 30 (2003), pp. 1671-1672.

24. De forma ideal una entidad nosológica tendría una etiología conocida (etiopatológica) que causaría lesiones (anatomopatológicas) y disfunciones (fisopatológicas). Por ello, la fibromialgia, desde este sistema de clasificación tiene muchas dificultades para ser considerada una entidad nosológica. Ante esta situación varios autores han propuesto que la fibromialgia sólo sirve para clasificar, en la clínica, a un conjunto de personas con dolor crónico e idiopático pero que no es posible relacionarlas con ninguna entidad morbosa en particular. WOLFE, F.: «The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables...», op. cit., pp. 268-271. BALLINA, E.J.: Op. cit., p. 112.

que el dolor generalizado es sólo 1,5 más frecuente en mujeres²⁵ y, además, se validaron en una muestra compuesta fundamentalmente por mujeres²⁶.

Esta elección sesgada de los criterios, junto con la diferente forma de expresar los síntomas que existe entre mujeres y hombres²⁷, y la expectativa médica de que se presenten en una mujer, pueden explicar la conversión «estadística» de la fibromialgia en una enfermedad femenina²⁸.

2.1. Las hipótesis sobre la causa

La fibromialgia, como hemos comentado con anterioridad, es una enfermedad de etiología desconocida. Las hipótesis causales planteadas hasta el momento no han resultado fructíferas. La dificultad para elaborar una hipótesis que se pueda verificar se debe, en parte, a que a los síntomas de dolor generalizado y los puntos sensibles se le han añadido, a lo largo de los años, gran cantidad de síntomas físicos y psíquicos que resultan imposibles de explicar conjuntamente de forma coherente²⁹.

Por otro lado, los valores implícitos de género de la propia medicina con respecto a la psicología femenina han contribuido a privilegiar un tipo de explicaciones que han sesgado en parte los estudios empíricos sobre la fibromialgia.

Por ello, aunque se han planteado hipótesis sobre la posible etiología orgánica del síndrome como la alteración del sistema inmune o muscular, las infecciones o, más recientemente, las alteraciones neurológicas y genéticas, en la literatura médica son más prevalentes las hipótesis psicológicas o comportamentales³⁰. Éstas, además, son apoyadas por aquellos que plantean la causa

25. GODFREY, J.: Op. cit., p. 1057.

26. Este estudio se realizó sobre una muestra de 293 pacientes de los cuales el 88,7% eran mujeres. WOLFE, F.; SMYTHE, H.A.; YUNUS, M.B.; BENETT, R.M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG, D.L., et al.: Op. Cit., p. 161.

27. VAN WIJK, G.; KOLKA, M.: «Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory», *Social Science and Medicine*, 45 (1997), pp. 231-246. BARSKY, A.; PEEKNA, H.; BORUS, J.: «Somatic symptoms reporting in women and men», *Journal of General Internal Medicine*, 16 (2001), pp. 266-275.

28. GODFREY, J.: «Toward optimal health: The experts discuss chronic pain», *Journal of Women's Health*, 11 (2002), pp. 341-345. WERNER, A.; MALTERUD, K.: «It is a hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors», *Social Science and Medicine*, 57 (2003), pp. 1409-1419.

29. Los listados de síntomas asociados a la fibromialgia recogen gran variedad de alteraciones físicas y psicológicas como: rigidez en las extremidades superiores o inferiores, alteraciones del ritmo intestinal, el fenómeno de Raynaud, sequedad bucal, astenia, depresión, ansiedad, estrés, la presencia de otros síndromes funcionales, dispepsia, incontinencia urinaria, dolor de cabeza, movimientos paroxísticos de las extremidades, en especial de las piernas, dificultad de concentración y dificultad para recordar cosas, el aumento de la sensibilidad táctil, escozor generalizado, acúfenos, fosfenos y algunos síntomas neurológicos de incoordinación motora. ALEGRE, C.; RAMENTOL, M.; BERGA, S.: «Fibromialgia», en J. Paulino Tevar: *Reumatología en Atención Primaria*, Madrid, Aula Médica, 2001, pp. 501-512. VILLANUEVA, VL.; VALÍA JC.; CERDÁ G.; MONSALVE V.; BAYONA MJ.; DE ANDRÉS J.: «Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión», *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11 (2004), pp. 430-443.

30. BARKER, K.: Op. cit., pp. 29-38.

biológica ya que siempre hacen referencia a la multicausalidad del síndrome y la necesidad del planteamiento biopsicosocial en el tratamiento de la misma, al que no se recurre en el caso de enfermedades en las que se ha constatado un origen somático³¹.

En el caso de la fibromialgia, basándose en la ausencia de lesiones estructurales y ante la supuesta presencia de anomalías psicológicas y conductuales en las personas que la padecen, muchos autores han dado por hecho que el origen de la misma es psiquiátrico.

«Suele tratarse de enfermos psiquiátricos, que se encuentran a sí mismos muy incapacitados y con muy baja calidad de vida.»³²

«La abigarrada historia clínica, la sintomatología imprecisa, los trastornos del humor, los déficit cognitivos y las psicopatologías asociadas nos inclinan a considerarla una enfermedad psiquiátrica.»³³

En algunos casos se considera que la fibromialgia se debe a la existencia de trastornos psiquiátricos en los que el dolor se produce por la conversión del síntoma psíquico en físico³⁴:

«... estos pacientes presentan problemas psicosociales y trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias, y trastornos de pánico. A menudo tienen estados distímicos o depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos y trastornos fóbicos, pueden presentar concomitantemente afecciones de dependencia de alcohol y medicamentos, e incluso tienen diversos trastornos de personalidad.»³⁵

En otros, simplemente, a que existen tipos/rasgos de personalidad que hacen que las personas que los poseen sean más susceptibles de padecerla:

«En general, los pacientes con fibromialgia han tenido más trastornos emocionales, un repertorio más escaso de estrategias para afrontar el dolor, una red de relaciones sociales mucho más escasas y vínculos sociales mucho más negativos que el resto de la gente.»³⁶

Pero, independientemente de cual sea la hipótesis etiológica, en los casos en los que se apunta a los factores psicológicos como causa de la fibromialgia no se describe el proceso por el cual éstos generan la enfermedad. Es decir, no se explica cómo se relacionan causalmente los factores psicológicos y el dolor, o si se hace es siempre de forma vaga e imprecisa:

31. YUNUS, M.B.: «Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes», *The Journal of Gender-specific Medicine*, 5 (2002), pp. 42-47.

32. BALLINA, F.J.: Op. cit., p. 114.

33. ALEGRE, C.: «Reflexiones sobre fibromialgia y la utilidad de elaborar un documento de consenso para su diagnóstico y tratamiento», *Reumatología Clínica*, 2-Supl 1(2006), p. 1.

34. HODGKISS, A.: «From Lesion to Metaphor. Chronic Pain in British, French and German Medical Writings, 1800-1914», *Clio Medica*, 58 (2000), pp. 1-218.

35. GARCÍA-BARDÓN, F.; CASTEL-BERNAL, B.; VIDAL-FUENTES, J.: «Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención», *Reumatología Clínica*, 2-supl 1 (2006), pp. 38-43.

36. *Ibid.*, p. 39.

«La ansiedad crónica produce tensión muscular y aumento de la receptividad o disminución de la tolerancia al dolor, así como mantenimiento del ‘sentimiento doloroso’, una vez cesado el estímulo nociceptivo.»³⁷

Es interesante destacar, además, que aunque en múltiples estudios se ha evidenciado que no existen ni una patología psiquiátrica, ni un perfil psicológico específico, ni una respuesta emocional diferente, en los textos de medicina se siguen haciendo alusiones a las causas psicológicas como las más plausibles para explicar el síndrome³⁸.

Por otro lado, mientras que en el caso de las mujeres la fibromialgia se explica en términos psicósomáticos, en el caso de los hombres no se considera que exista una relación entre sus características psíquicas y la fibromialgia. Por ejemplo, a pesar de que algunos estudios plantean que no existen diferencias en las escalas psicológicas para la depresión, la ansiedad y el stress, en el caso de los hombres las características psicológicas no se consideran tan importantes como en el caso de las mujeres³⁹.

Los hombres, en líneas generales, resultan invisibles en la definición y descripción de la fibromialgia, pero cuando aparecen lo hacen como excepciones, como formas más graves de enfermedad, y presentan una sintomatología y etiología diferente para su padecimiento en la que priman las explicaciones de tipo biológico⁴⁰.

En cualquier caso, en el desarrollo de las hipótesis, tanto biológicas como psicológicas, casi nunca aparece de forma explícita la referencia al sexo o al género de las personas que lo padecen como factor causal, desencadenante o coadyudante. Esa «presente ausencia» del sexo y el género en la idea de fibromialgia, como la denomina Kristin Barker, es una muestra más del desinterés médico por la etiología y, por tanto, la solución de un «síndrome femenino»⁴¹.

37. *Ibid.*, p. 39.

38. PASTOR, M.A.; LOPEZ, S.; RODRIGUEZ, J.; JUAN, V.: «Evolución en el estudio de la relación entre los factores psicológicos y fibromialgia», *Psicothema*, 7 (1995), pp. 627-639.

39. YUNUS, M.B.; CELIKER, R.; ALDAG, J.C.: «Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women», *Journal of Rheumatology*, 31 (2004), pp. 2464-2470.

40. Las explicaciones causales se justifican ‘físicamente’ en hombres y en niños, como, por ejemplo, a través de trastornos del sueño (apnea obstructiva), déficit en la hormona del crecimiento, las infecciones, o hiperlaxitud articular. BUSKILA, D.; NEUMANN L.; HALÁOSLE, A.; ABU SHAKRAM, A.: «Fibromyalgia syndrome in men», *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 30 (2000), pp. 47-51. Además, cuando la fibromialgia se presenta en varones se plantea como una forma más grave de la enfermedad, confirmando la hipótesis planteada por algunas autoras sobre la tendencia a considerar como más graves y a tomar con mayor seriedad los síntomas presentes en hombres que en mujeres. MALTERUD, K.: «The (gendered) construction of diagnosis interpretation of medial signs in women patients», *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20 (1999), pp. 275-286. MIQUEO, C.: «Genealogía de los sesgos de género en la ciencia y práctica médica contemporánea», en J. Martínez, M.I. Porras, P. Samblás, M. del Cura (coords.): *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, 2004, pp. 45-66.

41. Por ejemplo, de los 139 artículos recuperados con el descriptor fibromialgia en la base de datos IME, tan sólo uno estaba relacionado directamente con una variable de género/sexo (menopausia) frente a los 20 centrados en los aspectos psicológicos y psicopatológicos del síndrome.

2.2. La caracterización de la enferma

El tipo de hipótesis utilizadas, junto con la elección sesgada de las muestras de pacientes, han determinado en gran medida el campo de investigación de la fibromialgia y la caracterización del «sujeto tipo», definiendo quiénes son las personas susceptibles de padecerla.

En la literatura médica se presenta *ser mujer* como principal factor de riesgo para padecer una fibromialgia.

«Como factores de riesgo debemos considerar el ser mujer, divorciada, con una edad superior a 50 años, obesidad, el haber padecido un traumatismo de tipo latigazo cervical, supresión de tratamiento con corticoides y antecedentes de abuso sexual en la infancia.»⁴²

«... se ha visto como antecedentes importantes de la fibromialgia el sexo femenino, las experiencias adversas durante la infancia (particularmente los abusos sexuales y el aprendizaje de comportamientos maladaptativos), así como la victimización de adultos, con la consecuente *incapacidad para manejar los avatares de la vida diaria.*»⁴³

En cuanto a la caracterización psicológica, que en la mayoría de los casos se presenta de forma encubierta, se tiende a representarlos como personas frágiles, tendentes a exagerar sus síntomas y con poca tolerancia al estrés, y a situar en esos rasgos de personalidad el origen del cuadro⁴⁴. Por otro lado, sea cual sea el rasgo psicológico, incluso en casos en los que son rasgos opuestos, las características psicológicas justifican la aparición del síndrome⁴⁵.

«El síndrome de fibromialgia primaria es especialmente frecuente en jóvenes sanas con tendencia a ser *depresivas, ansiosas y luchadoras.*»⁴⁶

En el caso de las mujeres, las características de independencia, autonomía y objetividad se consideran anómalas; por otro lado, las de dependencia, sumisión y sentimentalismo, consideradas más «propias» de la mujer, también las sitúan en el borde de la enfermedad⁴⁷.

2.3. Otras formas de feminización

Otras formas más sutiles de feminización del síndrome pasan por la redacción gramatical y la iconografía en los libros de texto y otros materiales médicos. Aunque, en un principio, los términos utilizados para la definición son

42. ALEGRE, C.; RAMENTOL, M.; BERGA, S.: Op. cit., p. 502.

43. GARCÍA-BARDÓN, F.; CASTEL-BERNAL, B.; VIDAL-FUENTES, J.: Op. cit., p. 40.

44. GREENHALGH, S.: *Under the medical gaze. Facts and fictions of chronic pain*, Berkeley, California Press, 2001.

45. Existe un «doble estándar» en la consideración de los síntomas en hombres y mujeres, ya que no se valoran de la misma forma los mismos rasgos de personalidad en ambos sexos a la hora de describir el comportamiento normal/anormal. CHESLER, P.: *Women and madness*, New Cork, Doubleday, 1972.

46. BERKOW, R. et al. cif. en PEREZ SEDEÑO, MC.: Op. cit., p. 265.

47. Esta situación se debe a que el modelo de equilibrio psicológico, y por tanto el de normalidad, siempre ha estado representado por las características propias de la personalidad masculina. RUIZ, MJ.; JIMENEZ, I.: «Género, mujeres y psiquiatría», *Frenia*, 3 (2003), pp. 7-29.



Figura 1

de texto médicos pero también en publicaciones divulgativas y de las propias asociaciones de enfermos. La señalización de los puntos gatillo sobre cuerpos de mujeres ha sido la forma dominante de representación iconográfica de la enfermedad sobre todo durante los años noventa. En los últimos años, sin embargo, cada vez son más frecuentes las ilustraciones de cuerpos o figuras sin sexo, como la que utiliza, por ejemplo, la Fundación Internacional del Dolor (Figura 2).

También se la relaciona con otros síndromes funcionales como el de intestino irritable, la cefalea tensional o el de piernas inquietas, más presentes en mujeres. Y con otros problemas femeninos como el síndrome premenstrual, la dismenorrea o la menopausia lo que sirve a su vez para justificar otros diagnósticos y naturalizar un tipo de síntomas.

3. CONCLUSIONES

Como conclusión podríamos decir que el discurso académico sobre la fibromialgia, al abrigo de la pretendida objetividad científica, ha magnificado la posible etiología psicológica, la prevalencia y la presentación del cuadro clínico en las mujeres, incorporando y reproduciendo en su discurso los valores y prácticas sobre género hegemónicos en la medicina y en la sociedad.

neutros (en masculino)⁴⁸, dando la impresión de que los datos se refieren a los dos sexos por igual, en muchos casos se utilizan las formas gramaticales femeninas para explicar la sintomatología, la causalidad y las consecuencias sociales en «la enferma».

En cuanto a las imágenes la representación más extendida sobre la fibromialgia para señalar la localización de los diferentes puntos gatillo es la de tres mujeres situadas como las *Tres Gracias* de Rubens (Figura 1).

Ésta fue la imagen utilizada por el ACR en 1990 cuando describió los criterios sobre la enfermedad y la que aparece con mayor frecuencia en libros

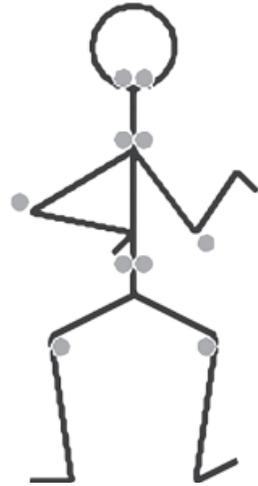


Figura 2

48. Una forma de negar la existencia de un sesgo de género en la realización de los estudios es no hacer explícito el número de hombres y mujeres que componen la muestra o seleccionar el número de hombres y mujeres según el porcentaje en que se estima aparecen en la población con lo cual se controla la variable sexo, por lo que desaparece del estudio como variable explicativa.

Esta conceptualización de la enfermedad tiene consecuencias de diversos tipos. Por un lado, la producción de un importante sesgo de género en el diagnóstico, sobrediagnóstico en mujeres e hipodiagnóstico en hombres, que afecta al conocimiento de la distribución epidemiológica «real» de este tipo de dolor crónico. Por otro, el que se considere una enfermedad femenina incide en el esfuerzo desarrollado en la investigación de las causas del síndrome. Además, su psicologización dificulta la exploración de otras hipótesis diagnósticas y deslegitima la presencia de los síntomas repercutiendo en el estatus de la enfermedad.

EL GÉNERO COMO «NICHOS»: EL CASO DE LA PUBLICIDAD FARMACÉUTICA

NATALIA PAPÍ GÁLVEZ, BELÉN CAMBRONERO SAIZ y M^a TERESA RUIZ CANTERO
Universidad de Alicante

1. INTRODUCCIÓN

Según la crítica feminista, la ciencia está sesgada como efecto del sistema de género¹. De hecho, la institución de género se expresa y se mantiene eficazmente mediante la producción de todo conocimiento (formal o informal) y por sus consecuencias, como es el control de los recursos. Las premisas disfrazadas de universalidad no sólo suelen ocultar al sujeto (y los valores) que las crea, además, el conocimiento sesgado es fruto, justificador y generador de las relaciones de poder en una sociedad. Por ello, toda investigación se debe realizar con el verdadero propósito de evitar en la medida de lo posible los sesgos ideológicos y culturales. Si por el tipo de investigación esto fuera difícil, entonces la persona quien investiga debería exponer cuál es la posición que mantiene en estos términos.

El sesgo androcéntrico de la ciencia se puede detectar en todas las fases de una investigación. Según Sandra Harding, a menudo se dejan ocultos y sin explicación problemas íntimamente relacionados con la situación de las mujeres al no ser considerados suficientemente relevantes para que sean investigados². Este sesgo se detecta en la selección y definición del problema de estudio -el *contexto de descubrimiento*-. Igualmente, los sesgos también existen en el *contexto*

-
1. Un sistema es «cualquier conjunto de partes relacionadas entre sí» que «tiene un propósito». En el caso del sistema social, las partes relacionadas quedan constituidas por los actores sociales (los individuos), «los grupos, las instituciones, las sociedades y las entidades intersociales» en ABERCROMBIE, Nicholas; HILL, Stephen y TURNER, Bryan S.: *Diccionario de Sociología*, Madrid, Cátedra, 1994, p. 214). Si éste es el de género se establecen relaciones cuya última finalidad será mantener, en el mejor de los casos, la diferencia entre mujeres y hombres. También puede perseguir mantener o reforzar la desigualdad entre ellos y/o, en el peor de los casos, la opresión ejercida al grupo socialmente minoritario (las mujeres).
 2. HARDING, Sandra: *Ciencia y Feminismo*, Madrid, Ediciones Morata, 1996.

de justificación, es decir, en la comprobación de hipótesis y en la interpretación de los datos.

Las ciencias de la salud no son un caso a parte. El conocimiento producido por la investigación en salud está históricamente sesgado. La crítica feminista ha revelado, entre los sesgos más frecuentes, los siguientes: la falta de reconocimiento de los problemas de salud de las mujeres, la falta de consideración de ciertos riesgos en la salud y de factores sociales que pueden estar afectando a las mujeres, la definición de las enfermedades desde sus consecuencias en la salud de los hombres y la elección exclusiva de hombres para los ensayos clínicos de medicamentos que se suministran con posterioridad a los dos sexos^{3, 4, 5}. Los tres primeros se atribuyen al *contexto de descubrimiento* mientras el último es un grave problema de rigor metodológico perteneciente al *contexto de justificación*.

Sin embargo, la elección exclusiva de hombres en los ensayos clínicos no es el único problema que tiene la investigación de fármacos. A todo ello se le debe añadir los efectos que los intereses económicos de las farmacéuticas generan en la definición de problemas de salud y en la población. En esta industria, los intereses de mercado se entrelazan con el sistema de género. El resultado es la utilización de los procesos vitales como *nichos de mercado* para la *generación* de «enfermedades» que sean padecidas por un número rentable de personas. Y, así, se justifica la necesidad de prescripción (y consumo) de un medicamento (el producto) en las mayores cantidades posibles. En todo este proceso se hace uso y se refuerzan los estereotipos de género⁶.

2. LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La industria farmacéutica española constituye uno de los mercados más importantes en términos de producción de Europa. En el año 2000 ocupaba el quinto lugar, por detrás de Francia, Reino Unido, Alemania e Italia. Su producción ascendía a 7.283 millones de euros. En el año 2005 esta producción ya era de 11.114 millones de euros, por detrás de los cuatro países anteriores e Irlanda⁷.

3. WHO: *Gender Equality, Work and Health: A Review of Evidence*, Geneva, World Health Organisation, 2006. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/genderwork/en/ (última revisión 24/06/2007).

4. SIMON, Viviana: «Wanted: Women in Clinical Trials», *SCIENCE*, 308 (2005), p. 1517.

5. FRANCONI, Flavia; BRUNELLESCHI, Sandra; STEARDO, Luca y CUOMO, Vincenzo: «Gender differences in drug responses», *Pharmacological Research*, 55 (2007), pp. 81-95.

6. Un estereotipo es «una concepción parcial, exagerada y normalmente cargada de prejuicios, sobre un grupo» en ABERCROMBIE, Nicholas; HILL, Stephen y TURNER, Bryan S.: Op. cit, p. 101. Los estereotipos relacionados con las mujeres y los hombres refuerzan los papeles tradicionales masculinos y femeninos por los que el papel de las mujeres estaría más cercano al hogar y a la familia y el de los hombres se ubicaría en el trabajo remunerado y de la esfera pública. Estos son «de género» al tratarse de una construcción social.

7. FARMAINDUSTRIA: *Memoria anual 2006*, Farmaindustria y FARMAINDUSTRIA: *Memoria anual 2002*, Farmaindustria. Disponible en: http://www.farmaindustria.es/Index_secundaria_publicaciones.htm (última revisión 24/07/2007).

El volumen de ventas muestra una tendencia parecida aunque el crecimiento, en este caso, es algo mayor. Según los datos registrados por FarmaIndustria⁸, entre el 2000 y el 2005 las ventas aumentaron en 4.037 millones de euros, hasta alcanzar los 11.332 millones de euros al final del periodo. Este volumen de ventas responde al mercado interior, es decir, la mayor parte de ellas son realizadas en el ámbito nacional, a través de farmacias y de productos que precisan prescripción médica. Esta tendencia continuará en el año 2006.

La misma propensión se observa con el gasto de la Seguridad Social. Según los últimos datos disponibles por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁹, en el año 2003 se gastaron 8.941,4 millones de euros en recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud (venta en farmacias). En el año 2005 esta cifra alcanzó los 10.051,3 millones y en 2006 los 10.636,2 millones de euros. Si bien el desembolso medio por receta crece levemente (12,66 euros en 2003 a 13,36 en 2006), el aumento del gasto se debe fundamentalmente al consumo (706,3 millones de recetas facturadas en 2003 a 795,9 en 2006).

En este sentido, los grupos terapéuticos con mayor cuota de mercado en 2006 fueron, por orden: el Sistema Nervioso, el Cardiovascular, el Digestivo y el Respiratorio. Todos ellos registran una tendencia creciente en sus ventas en los últimos años a excepción del Respiratorio. En concreto, según datos de FarmaIndustria¹⁰, el grupo del Sistema Nervioso no sólo tiene la mayor cuota sino también es el grupo en el que se comercializa el mayor número de innovaciones, lo que muestra tanto la actividad investigadora del sector como su capacidad de introducción en el mercado.

3. LA POBLACIÓN CONSUMIDORA

Como cabe esperar, en general, el consumo de los medicamentos aumenta con la edad aunque no es la única condición existente. El Ministerio de Sanidad y Consumo¹¹ detecta dos grupos de consumidores bien diferenciados. El primer grupo queda constituido por mujeres con edades a partir de los 65 años y que consumen medicamentos relacionados con los tratamientos cardiovasculares, aparato digestivo y metabolismo y con los órganos de los sentidos. El segundo grupo se concentra en el tramo de los 15 y 44 años, con un claro predominio del consumo también por parte de mujeres en el que se incluyen los productos que afectan al sistema nervioso, sistema musculoesquelético y hormonas sistémicas, excluidas las sexuales.

El resto de medicamentos forman otros grupos de consumidores con perfiles menos marcados. Por ejemplo, se detecta uno formado por la población infantil

8. *Ibíd.*

9. MSC: *Datos provisionales de facturación de receta médica*, disponibles en: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm> (última revisión 10/08/2007).

10. FARMAINDUSTRIA: *Memoria anual 2006*, Op. cit.

11. MSC: *Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Porcentajes*, Madrid, Instituto de Información Sanitaria, Octubre 2004. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/medProdSanit.htm> (última revisión 22/07/2007).

y las mujeres en torno a los 15 y 44 años. Este grupo engloba a los medicamentos antiinfecciosos. Otro grupo quedaría formado por los hombres con edades superiores a los 65 años, consumidores de medicamentos relacionados con el sistema respiratorio, antineoplásicos e inmunomoduladores. O un tercero, en el que predominan las mujeres en los tramos inferiores de edad y hombres en los superiores, que consumen medicamentos relacionados con el sistema genitourinario y hormonas sexuales.

Los anteriores perfiles muestran que las mujeres son más consumidoras de fármacos en la mayoría de los grupos terapéuticos, aunque el tipo de producto consumido cambia con la edad. Los motivos que se esconden tras estos resultados son diversos.

Por un lado, el consumo de medicamentos está relacionado con las afecciones observadas en repetidas ocasiones en mujeres y hombres, bien sea por diferencias o motivos biológicos y/o riesgos psicosociales. Sobre estos últimos, se debe tener en cuenta que el trastorno de salud asociado puede ser psicosocial (i. e. depresión, falta de autoestima, ansiedad) o biológico (i. e. problemas cardiovasculares) y que su naturaleza social o psicológica suelen evidenciar de una forma relativamente directa la desigualdad entre mujeres y hombres.

Por ejemplo, las investigaciones del grupo de Artazcoz han demostrado que la doble carga de trabajo (trabajar dentro y fuera del hogar) es un riesgo para la salud de las mujeres. En concreto, los estudios realizados en Cataluña y Euskadi¹² muestran que el número de personas en el hogar de las mujeres casadas (o en convivencia con pareja) con trabajos manuales se asocia a un mayor riesgo del estado de salud autopercebido, de limitación crónica de la actividad, de padecer algún trastorno crónico y de dormir menos de siete horas.

Los diferentes estudios efectuados en varios países occidentales concluyen en ratios de síndrome depresivo y de ansiedad mayores para las mujeres. Las investigaciones atribuyen estas diferencias a factores socioambientales (no biológicos) tales como la distinta socialización de los sexos, la menor posición de las mujeres en las sociedades y los roles sociales que deben desempeñar en la etapa adulta¹³.

En consecuencia, los factores biológicos y psicosociales podrían explicar el consumo de medicamentos, ubicados en grupos terapéuticos distintos, por mujeres y hombres. Es más, la mayor exposición a ciertos riesgos por parte de la mujer, por su situación actual en la sociedad, también explicaría el aumento de las ventas de ciertos productos (i.e. sistema nervioso). Ante estos datos, desde la medicina se puede concluir que las mujeres son más propensas a tener problemas de salud.

Sin embargo, por otro lado, si se aplica la perspectiva crítica feminista y se cuestionan estos resultados, la visión de esta realidad comienza a cambiar, pues

12. ARTAZCOZ, Lucía: «Salud y género», *Documentación Social*, 127 (2002), pp. 181-205.

13. SACHS-ERICSSON, Natalie y CIARLO, James A.: «Gender, Social Roles and Mental Health: An Epidemiological Perspective», *Sex Roles*, 43(9/10), (2000), pp. 605-628.

además de todo lo anterior, también puede haber sesgos en el diagnóstico. Esto ocurre cuando el personal sanitario parte de asunciones que pueden ser falsas relacionadas con las diferencias o similitudes del estado de salud de las mujeres y hombres y de sus causas¹⁴. Por ejemplo, la cardiopatía isquémica suele afectar a las mujeres en edades más avanzadas y viene asociada a mayor gravedad, por lo que el tratamiento debe ser diferente¹⁵. Los sesgos de los ensayos clínicos y la creencia generalizada de que esta enfermedad es más sufrida por los hombres conducen a no considerar a las mujeres como población de riesgo ante un infarto de miocardio¹⁶ lo que puede desembocar a diagnósticos sesgados.

Entre los sesgos relacionados con el ejercicio médico se deben destacar¹⁷: mayores retrasos de diagnóstico en el caso de las mujeres, la no realización de todas las pruebas que deberían ser necesarias, la aplicación de procedimientos terapéuticos diferenciados otorgando mayor atención a los hombres, y una mayor prescripción de fármacos psicótrópicos (dirigidos a tratar la depresión y la ansiedad) como reflejo de la medicalización del malestar emocional de las mujeres cuyas causas son más sociales que biológicas¹⁸.

Con relación a este último sesgo, la mayor prescripción de medicamentos relacionados con el sistema nervioso (y también con otros) puede tener su origen en el efecto que las diferentes estrategias de la comercialización de los productos causan sobre los médicos y el consumidor final. Esta consideración es coherente con los grupos terapéuticos más consumidos y el comportamiento de la industria farmacéutica.

4. ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN. LA CONSTRUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El farmacéutico es uno de los sectores industriales que más invierte en investigación (I+D) en España. Según el INE, en el año 2005, el Automóvil encabeza el listado con 912,78 millones de euros. Le sigue el sector farmacéutico con una inversión de 763,84 millones. Esta cifra supone para la industria farmacéutica destinar el 6,5% de las ventas a investigación, lo que constituye un porcentaje más que considerable si se compara con otros sectores¹⁹.

La innovación precisa investigación, pero también acciones para comercializar el producto, junto a las cuales son imprescindibles disponer de estrategias de comunicación (y promoción) adecuadas. A grandes rasgos, con respecto a la

14. RUIZ-CANTERO, M. Teresa y VERDU-DELGADO, María: «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico», *Gaceta Sanitaria*, 18:supl.1 (2004), pp.118-125.

15. ROHLF, Izabella; GARCÍA, M^a Mar; GAVALDÁ, Laura; MEDRANO, M^a José; JUVINYÁ, Dolors; BALTASAR, Alicia; SAURINA, Carme; FAIXEDAS, M^a Teresa y MUÑOZA, Dolors: «Género y cardiopatía isquémica», *Gaceta Sanitaria*, 18:supl 2 (2003), pp. 55-64.

16. HARRIS, David J. y DOUGLAS, Pamela S.: «Enrollment Of Women In Cardiovascular Clinical Trials Funded By The National Heart, Lung, And Blood Institute», *The New England Journal of Medicine*, 343:7 (2000), pp. 475-480.

17. RUIZ-CANTERO, M. Teresa y VERDU-DELGADO, María.: Op. cit.

18. *Ibid.*

19. FARMAINDUSTRIA: *Memoria anual 2006*. Op. Cit.

comunicación, el esquema parece sencillo. Según el producto, el mensaje que se pretende transmitir debe ser claro, cumplir con su cometido, estar dirigido a la población oportuna y por el canal apropiado. No obstante, la simplicidad de estos axiomas desaparece en la práctica.

Por ejemplo, debe tenerse en cuenta que la estrategia estará marcada, en cierta medida, por la legislación que la regula. En el caso de los fármacos, no siempre todos los canales de comunicación son posibles. La mayor parte de fármacos que se venden en España no se pueden publicitar en los medios de comunicación de masas. Son productos que precisan prescripción médica y esta condición afecta también al público al que debe ser encaminado, es decir, el mensaje debe ser dirigido a los médicos, no al paciente.

Entre otras consideraciones, igualmente la competencia y la tendencia en el consumo del mercado influyen sin duda en las acciones de comunicación de una marca. Por ejemplo, el aumento de las ventas de los medicamentos genéricos (sin marca) en los últimos años es, a priori, una amenaza a la que habrá que hacer frente. O el descenso de los conocidos como especialidades farmacéuticas publicitarias (sin prescripción y con posibilidad de ser anunciadas en los medios masivos) también en los últimos años, podría reactivar campañas publicitarias junto con otras acciones de innovación, investigación y promoción.

Otros aspectos relacionados con el tipo de producto condicionan de forma importante las estrategias de comunicación de este sector. La razón de ser de los fármacos, y de consumo, radica en la existencia de enfermedades. Sin enfermedad o problema de salud no hay producto. Incluso aunque exista tal enfermedad, si ésta no es padecida por un número determinado de personas no hay producto ni innovación que sea rentable. En tales casos, tanto la opinión de expertos como la generación de opinión pública en torno a un problema son dos herramientas que pueden ser utilizadas para arropar la comercialización de un fármaco. De hecho, la «construcción» de la «enfermedad» es habitualmente el punto de partida.

A la luz de esta última consideración, se suelen perseguir dos objetivos en la promoción de medicamentos²⁰.

El primero trata de *reconocer la enfermedad* y se formula cuando el problema no está definido y/o no se dispone de un tratamiento farmacológico para el mismo. Las estrategias que alberga consisten en utilizar técnicas de marketing para la definición del problema, la detección, el diagnóstico y su tratamiento.

Una de las principales acciones con esta finalidad es la esponsorización de reuniones científicas o médicas. En estas reuniones están presentes, a partes iguales, dos grupos: representantes farmacéuticos e investigadores que tienen experiencia o especial interés en colaborar con la industria farmacéutica²¹. De

20. MOYNIHAN, Ray y HENRY, David: «The Fight against Disease mongering: generating Knowledge for action», *PLoS Med.*, 3:4 (2006), p. 191.

21. MOYNIHAN, Ray: «The making of a disease: female sexual dysfunction», *British Medical Journal*, 326 (2003), pp. 45-47.

esta colaboración surge la definición de «enfermedad», cómo se diagnostica y cuál es su tratamiento.

La financiación de encuentros de carácter científico también es un medio por el cual se puede ayudar a *reconocer la enfermedad*. Un ejemplo es lo ocurrido con la disfunción sexual femenina. En 1997 se hizo una evaluación de los ensayos clínicos financiada en su mayoría por compañías farmacéuticas. A partir de este momento y hasta el año 2003, las compañías farmacéuticas han estado presentes en los eventos relacionados con esta «enfermedad». Por citar alguno, en 1998 se celebró en Boston el Congreso Internacional de Disfunción Sexual y en el 2000 tuvo lugar el Forum. San Francisco, Vancouver y París también han sido ciudades de encuentros relacionados con la sexualidad femenina y su disfunción durante todo este periodo²².

El segundo objetivo atiende al *subdiagnóstico* que se formula cuando sí existe definición y tratamiento previo del problema o enfermedad pero, sin embargo, se hace preciso aumentar las cifras de prevalencia de un problema para justificar la prescripción y/o rentabilizar la comercialización del fármaco.

En esta ocasión, la estimación de la prevalencia de la disfunción sexual femenina puede ser también un buen ejemplo. Esta cifra alcanza el 43% de las mujeres de edades entre los 18 y los 59 años²³.

Sandra Leiblum, profesora de psiquiatría en la escuela de medicina *Robert Wood Johnson* y psicóloga clínica, afirma que esta cifra se ajusta más a la prevalencia de dificultades (generadas por factores externos como, por ejemplo, el estrés) que a una verdadera disfunción sexual. Cree que la disfunción real es mucho menor. Según la experta, un porcentaje tan elevado de datos sobre la prevalencia sólo contribuye a la sobremedicalización de la sexualidad de las mujeres²⁴.

De hecho, el análisis de la herramienta aplicada para el cálculo de la prevalencia hace plantearse la falta de rigor de este dato. Las cifras se obtuvieron de un estudio realizado en la Universidad de Chicago en 1992. Mil quinientas mujeres contestaron a preguntas con respuesta cerrada dicotómica (sí/no) a si habían experimentado, en los años anteriores, algunos de los siete problemas que citaban en el cuestionario que se les facilitó, durante un periodo de dos meses o más. Entre las cuestiones que se preguntaban, se incluían el bajo deseo sexual, la ansiedad ante el acto sexual o las dificultades de lubricación. Si la mujer respondía afirmativamente a sólo una de las siete cuestiones era incluida en el grupo de pacientes con disfunción sexual. Más tarde se revelaron los estrechos vínculos de los autores del estudio con el laboratorio farmacéutico que pretendía comercializar un fármaco para el tratamiento de la disfunción²⁵.

22. *Ibíd.*

23. LAUMANN, Edward; PARK, Anthony A y ROSEN, Robert: «Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors», *JAMA*, 281:6 (1999), pp. 537-544.

24. MOYNIHAN, Ray: *Op. cit*

25. *Ibíd.*

En consecuencia, tanto el *reconocimiento de la enfermedad* como el *subdiagnóstico* proporcionan información necesaria para la justificación de la comercialización, pero no siempre las razones son científicas. Es frecuente encontrarse con acepciones de enfermedad poco definidas²⁶ y que se legitiman a través de esta dinámica. Ray Moynihan y David Henry destacan cuatro prácticas habituales que confirman esta observación²⁷:

En primer lugar, se suelen presentar los síntomas poco graves como problemas de salud que deben ser tratados farmacológicamente. Éste es el caso del síndrome del colon irritable²⁸, que en realidad posee unos síntomas que todo el mundo ha experimentado alguna vez y que muchos consideran ruidos normales en los intestinos. Únicamente el desarrollo de un medicamento despertó el interés de la industria farmacéutica por el diagnóstico y posterior tratamiento farmacológico de esta supuesta enfermedad²⁹.

Igualmente, Velasco, Ruiz y Álvarez-Dardet exponen que, en este contexto, existen síntomas somáticos sin causa orgánica, como es el caso de la fibromialgia o el síndrome de la fatiga crónica³⁰. Nimmuan descubre que a pacientes con grupos similares de síntomas son diagnosticados de unos u otros síndromes funcionales, dependiendo del especialista al que acudan³¹. Así, serán diagnosticados de fibromialgia si acuden al reumatólogo o de fatiga crónica si acuden al neurólogo, con el correspondiente tratamiento farmacológico diferente. Sin embargo, desde el enfoque de género, no se trata de prescribir un tratamiento farmacológico para estas dolencias, sino de influir en los roles de género, y en el contexto familiar y social, con lo que evitaríamos la sobre-medicalización de los síntomas.

En segundo lugar, se utilizan los modelos sociales y características o problemas personales como problemas médicos, es decir, problemas que requieran un tratamiento médico quirúrgico o farmacológico. Por ejemplo, la consideración social de la belleza (o la falta de la misma) cuyo tratamiento son las operaciones

26. De hecho, el concepto de enfermedad, al igual que el concepto de salud, está socialmente construido, impregnado de la cultura de cada sociedad. Ivan Illich afirma que «cada sociedad dicta lo que es normal y lo que es patológico. En cada sociedad, la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable. La medicina tiene autoridad para catalogar como enfermedad genuina la dolencia de alguien, para declarar enfermo a otro aunque éste no se queje, y para rehusar a un tercero el reconocimiento social de su dolor, su incapacidad e incluso su muerte» en ILLICH, Ivan: *Medical Nemeses*, New Cork, Random House. Inc. Panteón Books, 1976, p. 11.

27. MOYNIHAN, Ray y HENRY David: Op. cit.

28. BLECH, Jörg: *Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes*, Barcelona, Ediciones Destino, 2005.

29. *Ibid.*

30. VELASCO, Sara; RUIZ, M^a Teresa y ÁLVAREZ-DARDET, Carlos: «Modelos de Atención a los Síntomas Somáticos sin Causa Orgánica. De los Trastornos Fisiopatológicos al Malestar de las Mujeres», *Revista Española de Salud Pública*, 80 (2006), pp. 317-333.

31. NIMNUAN, Rabe-Hesketh y WESSELEY, Hotopf: «How many functional somatic syndromes?». *Journal of Psychosomatic Research*, 51:4 (2001), pp. 549-557.

estéticas que han afectado más a la mujer; o cuando es infeliz y es tratada por ello aunque la causa radique en su entorno.

También se exponen los riesgos como si, en realidad, fueran una enfermedad. Éste es el caso del colesterol. Un nivel de colesterol elevado es uno de los factores de riesgo más importante para desarrollar futuras enfermedades cardiovasculares. Por ello, las empresas farmacéuticas patrocinaron «campañas sanitarias» con el objetivo de conseguir que las personas analicen su nivel de colesterol. La estrategia de venta de la industria farmacéutica consiste en reducir los valores considerados normales, aumentando de este modo la prevalencia del riesgo, para lograr un número de pacientes mayor³².

También sería el caso de la osteoporosis, que es un factor de riesgo de fractura ósea. Sin embargo, no es el único, ya que ante pacientes con un mismo diagnóstico de osteoporosis existen riesgos diferentes de fractura. De hecho, pese a esto, muchas de las Terapias Hormonales Sustitutivas que actualmente hay en mercado destacan entre sus indicaciones la prevención de la osteoporosis como si se tratase de una enfermedad en sí misma. De este modo, la prescripción de Terapias Hormonales Sustitutivas, con demostrados efectos adversos, como la mayor incidencia de cáncer de mama³³, pueden ser perjudiciales. Esto viene a cuestionar los costes del tratamiento farmacológico en términos de riesgo-beneficio.

Finalmente, se hace uso de los procesos ordinarios y vitales de una persona como problemas médicos. Por ejemplo, la caída del cabello en algunos hombres responde a un estado que, desde luego, no significa estar enfermo o tener poca salud. Algunos otros procesos que afectan a las mujeres son el parto, el embarazo o la menopausia. También es frecuente la utilización de la vejez como una enfermedad en lugar de tratarla como una etapa del ciclo vital del ser humano.

Estas situaciones o procesos vitales son utilizados para definir segmentos de mercado, dentro de los cuales se suelen encontrar los *nichos*. Los segmentos y nichos son grupos poblacionales con unas particularidades que los distinguen de otros grupos, cuyas necesidades y deseos suelen coincidir. Especialmente en el caso de los nichos de mercado, se detecta que estas necesidades o deseos no están bien atendidos³⁴. Aunque los nichos se caracterizan por ser grupos pequeños, el tamaño del mismo siempre debe ser suficiente para que sea rentable.

La creación o promoción de enfermedades por parte de la industria farmacéutica ha sido denominada *Disease Mongering*. Lynn Payer realizó la primera definición de este concepto como técnica para «tratar de convencer esencialmente a la gente sana de que está enferma, o la gente que esta ligeramente

32. *Ibid.*

33. WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS: «Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women», *JAMA*, 288:3 (2002), pp. 321-333.

34. KOTLER, Philip: *Dirección de Marketing Conceptos Esenciales*, 8ª Edición, Madrid, Prentice Hall, 2002.

mala de que esta verdaderamente enferma»³⁵. Para ello se utilizan agentes de medicalización como pueden ser las revistas de salud y ciencia, profesionales sanitarios, compañías de publicidad y relaciones públicas o investigadores contratados por organizaciones³⁶.

Se trata, así, de «la venta de enfermedades» mediante la ampliación de los valores límites considerados como enfermedad, y cuyo único objetivo es el crecimiento del mercado por parte de la industria farmacéutica³⁷.

En consecuencia, la *Disease Mongering* es una práctica habitual que favorece la medicalización (la misma medicalización contra la cual el Ministerio de Sanidad y Consumo ha intentado, en sucesivas ocasiones, concienciar a la población mediante campañas publicitarias sobre el consumo responsable de los fármacos). Y esto es así porque la medicalización es un fenómeno más social que estrictamente médico³⁸, quizás como efecto del proceso de «expropiación de la salud» al individuo³⁹, en virtud de la cual el cuidado de la salud se convierte en un artículo de consumo, el sufrimiento se hospitaliza y los hogares se vuelven inhóspitos para el nacimiento, la enfermedad y la muerte, a la vez que la timidez, la tristeza y la calvice, por poner algunos ejemplos, se convierten en nuevas «enfermedades» medicalizables.

Sin duda, esta característica social de la medicalización ha sido y es potenciada por las estrategias de promoción de los fármacos; cuestión que, por otra parte, hace más fácil la utilización de los modelos sociales de género para el mismo propósito.

5. EL PAPEL DE LA PUBLICIDAD Y OTRAS FORMAS DE COMUNICACIÓN

La comercialización de los fármacos tiene unas normas estrictas sobre el uso de ciertos canales de comunicación en algunos medicamentos⁴⁰. También, sus contenidos deben acogerse a las directrices informativas impuestas. Sin embargo, estas normas no desalientan la inversión en publicidad, pues es considerada como un vehículo fundamental para aportar información sobre nuevos fármacos o tratamientos⁴¹.

En el año 2005, el sector farmacéutico español invirtió 126,5 millones de euros en publicidad a través de los medios de comunicación de masas, lo que

35. PAYER, Linn: *Disease-mongers: How doctors, drug companies and insurers are making you feel sick*, New Cork, Wiley & Sons, 2002, p. 292.

36. TIEFER, Leonore: «Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance», *Plos Medine*, 3:4 (2003), pp. 436-440.

37. MOYNIHAN, Ray y HENRY, David: Op. cit.

38. ARONSON Jeff: «When I use a word...:medicalization», *British Medical Journal*, 324 (2002), p. 904.

39. ILLICH, Ivan: Op. cit.

40. Ley del Medicamento. BOE, núm. 306 (Dic. 20, 1990) y Ley General de la publicidad. BOE núm. 274 (Nov. 11, 1988).

41. POLONUER Jessica L.: «Estrategias de promoción de medicamentos», *Medicina*, 65 (2005), pp. 373-376.

supone un incremento del 20% con respecto al año anterior⁴². A la cabeza están Pfizer y Bayer con un poco más de 14 millones de euros.

Esta inversión incluye campañas de producto, institucional y otras generales del sector relacionadas con la promoción de la salud. Las campañas de los productos se restringen a aquellos que se pueden adquirir sin prescripción ya que van destinadas a la prevención, alivio o tratamiento de los problemas de salud que no requieren diagnóstico médico y que pueden ser anunciados en medios de comunicación masivos. Estos productos constituyen una cuota pequeña de las ventas totales por lo que, en realidad, interesaría publicitar a través de estos medios los productos con prescripción médica. Al no ser posible, las campañas de publicidad institucional pueden conseguir que el nombre del laboratorio sea conocido, lo que incluiría en cierta medida a todos sus productos. Las campañas del sector relacionadas con la promoción de la salud tratarán de crear una imagen de la industria que le confiera credibilidad y provoque confianza.

No obstante, los medicamentos con prescripción médica se pueden anunciar en medios especializados, dirigidos al colectivo médico. Estas campañas también son publicitarias aunque no sean canalizadas a través de los grandes medios de comunicación. Por supuesto, en muchas ocasiones, y debido a la naturaleza no convencional del medio, interfieren con acciones de promoción y de relaciones públicas hasta el punto de que resulta difícil establecer una diferenciación.

En este punto, la representación del género cobra una especial relevancia debido a que la publicidad es una de las principales fuentes de información también para los médicos⁴³. Así pues, una sobrerrepresentación de un sexo frente al otro puede conllevar a sesgos que repercutan en la salud⁴⁴.

El equipo de Sofia B. Ahmed, en su análisis de la publicidad cardiovascular inserta en revistas norteamericanas de medicina general y revistas cardiovasculares especializadas publicadas entre el 1996 y 1998, observa una mayor representación masculina en dicha publicidad, pese a ser una de las causas más comunes de muerte para ambos sexos. Además, destaca la homogeneidad de los sujetos representados en la publicidad, siendo mayoritariamente hombres caucásicos de mediana edad⁴⁵.

42. INFOADEX. *Inversión en publicidad mass media de la industria farmacéutica en España 2004-2005*, Madrid, Infoadex, 2006. Disponible en: <http://www.pmfarma.com/estadisticas/> (última revisión 23/10/2007).

43. JONES, Miren; GREENFIELD, Sheila y BRADLEY, Colin: «Prescribing drugs: Qualitative study of influences on consultants and general practitioners», *British Medical Journal*, 323 (2001), pp. 378-391. Vid. también AHMED, Sofia B.; GRACE, Sherry L.; STELFOX, Henry Thomas; TOMLINSON, George; CHEUNG, Angela M.: «Gender bias in cardiovascular advertising», *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10:4 (2004), pp. 531-538.

44. KING, Emmanuel: «Sex bias in psychoactive drug advertisements», *Psychiatry*, 43:2 (1980), pp. 129-137.

45. AHMED, Sofia B.; GRACE, Sherry L.; STELFOX, Henry Thomas; TOMLINSON, George; CHEUNG, Angela M.: Op. cit.

Actualmente, mientras que se hacen esfuerzos para incrementar la representación femenina en los ensayos cardiovasculares, la gran mayoría de la evidencia científica está basada en hombres⁴⁶. Algo parecido ocurre con la publicidad de fármacos para el tratamiento de la depresión⁴⁷ pero para el caso contrario, es decir, hay una mayor representación femenina en su publicidad de acuerdo con los datos epidemiológicos psiquiátricos.

Quizás ésta pueda ser una de las razones que expliquen la sobrerrepresentación de ellos en la publicidad de cardiovascular y de ellas en la publicidad de psicotrópicos. Se puede pensar que la publicidad farmacéutica puede ser, entonces, sólo un reflejo de la actual medicina basada en la evidencia, aunque esta afirmación, realmente, no es exacta. El siguiente ejemplo muestra cómo la publicidad farmacéutica puede actuar de forma independiente de la evidencia científica.

Anne Katz pone en duda la Terapia Hormonal Sustitutiva, tratamiento que suele ser prescrito en la menopausia⁴⁸. De hecho, se ha comprobado que este tratamiento no es efectivo para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en mujeres y, sin embargo, se sigue recetando. La autora afirma que el papel de la publicidad en la prescripción de un fármaco como éste, que no es efectivo, es crucial. Las compañías farmacéuticas no sólo patrocinan algunos de esos ensayos clínicos (cuestión que advierte de la gran influencia que pueden llegar a ejercer en la «evidencia») sino que, además, se dirigen a los médicos de forma determinante. Utilizan mailings directos, sesiones formativas, conferencias, comidas gratuitas, eventos deportivos, obsequios y todo tipo de publicidad para influir en la prescripción⁴⁹.

Emmanuel King también trata de refutar la relación entre representación de las mujeres en publicidad de fármacos psicotrópicos y la evidencia científica. El autor sostiene que existe un sesgo de género en la publicidad de fármacos que puede influir en la percepción de los médicos sobre sus pacientes y, consecuentemente, en las terapias y tratamientos que éstos reciban⁵⁰.

Además, la teoría de que la comunicación transmitida por los medios es un mero reflejo de la realidad ha sido abandonada hace años por la crítica feminista y el análisis de género. A la publicidad, en tanto que trata de ser fundamentalmente persuasiva, tampoco se le puede atribuir el reflejo de la evidencia como

46. COTTON, Peter: «Is there still too much extrapolation from data on middle-aged white men?», *JAMA*, 263:8 (1990), pp. 1049-1050. Vid. también LEHMANN, Joan; WEHNER, Paulette; LEHMANN, Christoph y SAVORY, Linda: «Gender bias in the evaluation of chest pain in the emergency department», *Am J Cardiol*, 77:8 (1996), pp. 641-644.

47. MUNCE, Sarah; ROBERTSON, Emma; SANSOM, Stephanie; STEWART, Donna E.: «Who Is Portrayed in Psychotropic Drug Advertisements?», *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192:4 (2004), pp. 284-288.

48. KATZ, Anne: «Observations and Advertising: Controversies in the Prescribing of Hormone Replacement Therapy», *Health Care for Women International*, 24 (2003), pp. 927-939.

49. GOODMAN, Bob: «Do drug company promotions influence physician behavior?», *Western Journal of Medicine*, 174 (2001), pp. 232-233.

50. KING, Emmanuel: Op. cit.

mera propiedad. De hecho, el estudio elaborado por Whittaker sobre la imagen de la mujer en la publicidad de la Terapia Hormonal Sustitutiva (inserta en revistas médicas) concluye en una mujer más femenina y sexy cuando se somete al tratamiento, por lo que están claramente presentes los modelos sociales, que son utilizados para alcanzar el objetivo comercial marcado⁵¹.

En esta línea, Curry y O'Brien también detectan la utilización de estereotipos tanto masculinos como femeninos asociados a problemas de salud en los anuncios de las revistas médicas irlandesas durante el segundo semestre del 2001. Según este estudio, los hombres aparecen vinculados a problemas cardiovasculares y las mujeres a los depresivos. Los autores argumentan que la depresión se asocia a la carencia de fortaleza emocional y de control hacia los sentimientos, características incompatibles con el estereotipo masculino. Por ello, el análisis de los anuncios hace emerger la vinculación de atributos considerados femeninos a figuras de mujer para los productos antidepressivos. Es más, las mujeres que aparecen deprimidas en los anuncios muestran una imagen «poco saludable» respecto a la que se espera de ellas según el modelo social (i.e. son más viejas) lo que viene a reforzar el propio estereotipo⁵².

6. GÉNERO, SALUD Y PUBLICIDAD: LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL GÉNERO COMO PROCESO Y EL REFUERZO DEL SISTEMA DE GÉNERO COMO CONSECUENCIA

Como ya es sabido, el género suele definirse como una construcción social. Esto quiere decir que está fundamentalmente condicionado por el momento histórico en el que se encuentre y por la cultura. A su vez, está presente tanto en el sistema normativo de la sociedad como en la vida cotidiana de sus integrantes, y se refleja en las posiciones que ocupan y en los roles que desempeñan las mujeres y los hombres. Las diferencias físicas entre las mujeres y los hombres actúan, sobre todo, como referencias para anclar los significados o, dicho de otra forma, definir la naturaleza de las relaciones que se establecen entre mujeres y hombres. En consecuencia, el género es lo que se entiende por (y lo que implica) ser mujer y ser hombre en una sociedad.

Esta conocida y sucinta definición viene a constituir la clave de la argumentación de este artículo. En concreto, se quiere destacar no tanto el concepto género como el hecho de que sea una construcción social. Al fin y al cabo, la construcción social es la razón de ser de todas las epistemologías feministas según la clasificación y definición que hace, de las mismas, Sandra Harding⁵³; mientras que el género suele ser sólo un elemento que forma parte de ellas. En el caso que aquí ocupa, además, la comprensión del proceso por el cual se

51. WHITTAKER, Rosemary: «Re-framing the representation of women in advertisements for hormone replacement therapy», *Nursing Enquiry*, 5 (1998), pp. 77-86.

52. CURRY, Phillip y O'BRIEN, Marita: «The male heart and the female mind: A study in the gendering of antidepressants and cardiovascular drugs in advertisements in Irish medical publication», *Social Science & Medicine*, 62 (2006), pp. 1970-1977.

53. HARDING, Sandra: Op. cit.

construye socialmente el género propicia una plataforma en la que convergen propiedades de la comunicación publicitaria, y de las que hacen uso los intereses comerciales de las farmacéuticas.

La expresión *construcción social* evoca al *constructivismo* que, en filosofía de la ciencia, se trata de una corriente de pensamiento surgida en varias disciplinas a mediados del siglo XX, en franca coincidencia con el nacimiento del concepto género. A grandes rasgos, el paradigma constructivista se basa en «el conocimiento que nos ayuda a mantener la vida cultural, nuestra comunicación y significado simbólico»⁵⁴.

En materia de comunicación, la *construcción social de la realidad* es una conceptualización inicialmente propuesta por los sociólogos estadounidenses Berger y Luckman⁵⁵ y que ha influido en la teoría de los efectos de la comunicación de masas⁵⁶. Para explicar la dinámica de la construcción, los autores se ubican en un hipotético comienzo de la historia de las sociedades. Esta explicación puede también ayudar a comprender la dinámica de la construcción social del género, las variaciones que incorpora el feminismo y los vínculos con la comunicación.

Según los autores, en las sociedades no complejas la comunicación cara a cara fue el medio por el que se establecieron, a través de la negociación y el contrato, las normas del grupo, que son el origen de las instituciones sociales actuales (familia, medios de comunicación, religión...). Con el paso de las generaciones, este tipo de interacción desaparece pero las instituciones quedan, ahora legitimadas por la costumbre y la tradición. En todo este proceso se puede observar la existencia de una relación circular entre las instituciones y los sujetos. Los sujetos construyen y legitiman las instituciones. Desde las instituciones se llega a los sujetos por socialización. Este proceso de construcción es siempre constante aunque no siempre consciente.

Esta teoría aplicada a la comunicación de masas implica «estudiar de qué manera contribuyen los medios de comunicación en la construcción social de la realidad» y, para ello, se debe «centrar el impacto que tienen las representaciones simbólicas de los medios de comunicación en la percepción subjetiva de la realidad»⁵⁷ de los individuos.

Las *representaciones simbólicas* es un concepto ampliamente considerado por la teoría feminista de la comunicación preocupada por los contenidos transmitidos y sus efectos. La «representación» es una elaboración simbólica, una interpretación de los hechos, una perspectiva de estudio para abordar las imágenes

54. VALLES, Miguel S.: *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid, Síntesis Sociológica, 1997, p. 56.

55. BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas: *La construcción social de la realidad*, 11ª Edición, Buenos Aires, Amorrortu, 1967 (1993).

56. MCQUAIL, Denis: *Introducción a la teoría de la comunicación de masas*, 3ª Edición, Barcelona, Paidós, 1994 (2000).

57. WOLF, Mauro: *Els efectes socials dels mitjans de comunicació de masses*, Barcelona, Pòrtic, 1992, pp. 109-110.

y los discursos transmitidos que contribuyen al conocimiento. En consecuencia, los contenidos transmitidos, también los publicitarios, no son meros reflejos (entre otras cosas, porque si así fuera, deberían mostrar la realidad tal y como es, con sus injusticias, desigualdades y sesgos).

Ahora bien, la construcción social de la realidad considera que, además de los medios, también existen otros agentes e instituciones que contribuyen a tales representaciones. Se trata, en definitiva, de un sistema que, en este caso, es *de género*.

Igualmente, ser *construido socialmente* significa que las instituciones sociales (incluidos los medios) y los individuos que forman parte de la sociedad contribuyen en la elaboración de la «realidad» o del conocimiento que tienen de la misma. Se debe advertir que contribuir no quiere decir participar voluntariamente, aunque tampoco se niega esta posibilidad.

El feminismo establece límites a esa contribución por parte de los individuos, fundamentalmente de las mujeres. La teoría feminista admite las múltiples interacciones que contribuyen a esos sistemas de representación simbólica, pero duda de que estas interacciones sean controladas igualmente por todas las personas. La construcción de significados sociales ya no es un proceso acordado, no al menos en igualdad de condiciones, pues no todas las personas ocupan las mismas posiciones en una sociedad. En consecuencia, las representaciones simbólicas transmitidas atienen a las dominantes que, en materia de mujeres y hombres, responden, de nuevo, al sistema de género.

Por ello considerar que los medios de comunicación transmiten representaciones de género implica asimilar que los medios de comunicación pueden ser canales reforzadores del universo simbólico⁵⁸ imperante, lo que no quiere decir que sean los únicos canales de refuerzo⁵⁹. A su vez, admitir que los medios de comunicación pueden estar manteniendo el universo simbólico es acentuar su papel como participante: del pensamiento dominante, que es androcéntrico; de la realidad, que es sexuada; y de la estructura social, que es desigual.

La salud, y la falta de la misma, son constructos o elaboraciones. Se trata de conceptos cuya definición tiene límites difusos, los cuales quedan fijados más por aspectos culturales que por mediciones exactas. Esta capacidad de construcción posibilita utilizar criterios culturales para el establecimiento de los límites de la definición de una enfermedad y de su diagnóstico. En materia de mujeres y hombres, el sistema imperante atiende al género, por lo que los criterios a

58. «El universo simbólico se origina cuando trasciende la aplicación pragmática de los significados (aplicación que se da por medio del lenguaje, frases hechas...) y se convierte en teoría. Este «universo» no se experimenta en la vida cotidiana aunque todas las experiencias y significados quedan integrados en él. El universo simbólico es aquello que dice dónde deben estar las cosas y qué valor tienen», además, es un instrumento legitimador de las instituciones sociales establecidas, en PAPÍ, Natalia: *Periodismo y conciliación desde la experiencia de las profesionales de la prensa diaria de la Comunidad Valenciana*, Alicante, Universidad de Alicante, en prensa.

59. *Ibíd.*

utilizar responderán a los estereotipos, valores, normas o costumbres que se integran en este sistema.

La farmacéutica tiene un claro objetivo comercial. En consecuencia, al igual como cualquier otro producto, empleará los instrumentos precisos para conseguir su propósito. La industria usa la cultura androcéntrica para la definición de posibles enfermedades con prevalencias rentables. Define nichos de mercado no sólo de acuerdo con el sexo sino, y fundamentalmente, según el género. Utiliza, por tanto, los procesos vitales que marcan las diferencias entre mujeres y hombres, que son susceptibles de interpretación de forma que señalen distancias (también sociales) entre los sexos. Y así hace uso, sobre todo, de los aspectos sociales que responden, en última instancia, a la naturaleza y definición de las relaciones de género establecidas. Sin embargo, en este proceso, y en realidad, será el sistema de género el que «utilice» a la industria farmacéutica para mantenerse y reforzarse así mismo.

Los resultados no pueden ser menos satisfactorios para el sistema. Las estrategias comerciales vinculadas a la comunicación y promoción utilizan los modelos sociales, por lo que la transmisión de las características atribuidas a mujeres y hombres se hace patente. Las mujeres se asocian a problemas de salud cuyas cualidades son más acordes con el estereotipo femenino y su imagen se utiliza de acuerdo con este mismo modelo. También se refuerza el modelo masculino en el ámbito sexual, con fármacos como la Viagra, que resuelve el problema de la «virilidad»⁶⁰.

Además, las mujeres parecen estar más enfermas por el hecho de haber nacido mujer. La menstruación, la maternidad, la menopausia, la insatisfacción sexual, incluso la vejez, son «enfermedades» de las mujeres. Otras características como la fealdad, por el modelo de belleza, se presentan como un problema más grave en la mujer. Todo ello consigue mostrar los procesos vitales o los problemas, que en realidad tienen un origen social y cultural, como diferencias biológicas particulares de las mujeres, que deben ser tratadas a través de un medicamento o de una intervención. Este argumento se aproxima en alguna medida al determinismo biológico⁶¹, al confundir los procesos vitales con las enfermedades y las razones sociales con las biológicas.

Finalmente, la influencia de la cultura androcéntrica en la propia ciencia desemboca en sesgos que afectan al tratamiento de las mujeres y de los hombres, de forma tal que las mujeres pueden llegar a estar más enfermas por no haber sido atendidas de acuerdo, justamente, con sus particularidades biológicas, o por no haber recibido asistencia con la misma celeridad que los hombres. Es decir, los procesos biológicos «reales» se desatienden. En consecuencia, el

60. HART, Graham y WELLINGS, Kaye: «Sexual behaviour and its medicalization: in sickness and in health», *British Medical Journal*, 324 (2002), pp. 896-900.

61. STANLEY, Liz: «Methodology Matters!», en V. Robinson y D. Richardson (eds.): *Introducing Women's Studies*, 2ª Edición, England, MacMillan, 1997. También en PAPÍ GÁLVEZ, Natalia: «Un nuevo paradigma para el análisis de las relaciones sociales: el enfoque de género», *Feminismo/s*, 1 (2003), pp. 135-148.

sistema de género vuelve a salir victorioso en el desigual reparto de recursos y mantiene la brecha entre las mujeres y los hombres, en esta ocasión, en la salud. En este punto, el significado de «nicho» podría estar respondiendo a más de una acepción, al evocar a la enfermedad o a la falta de salud.

7. IDEAS CLAVE

Según la crítica feminista, la ciencia a menudo está sesgada como efecto del sistema de género. En concreto, se han detectado sesgos tanto en el *contexto de descubrimiento* como en el *contexto de justificación* de la investigación relacionada con la salud de mujeres y hombres.

Una de las implicaciones económicas más sobresalientes de la investigación relacionada con la salud atiende a la inversión y desarrollo de la industria farmacéutica. De hecho, se está ante una de las mayores industrias a nivel internacional y nacional cuyos consumidores más frecuentes suelen ser las mujeres en la mayoría de los grupos terapéuticos. En este sentido, los factores biológicos y, fundamentalmente, los sociales explican el consumo de medicamentos, ubicados en grupos terapéuticos distintos, por mujeres y hombres. Sin embargo, el personal sanitario también parte de asunciones que pueden ser falsas, relacionadas con las diferencias o similitudes del estado de salud de las mujeres y hombres y de sus causas.

Las diferentes estrategias de la comercialización y de comunicación de los productos que utiliza la industria farmacéutica contribuyen a estas falsas asunciones asimiladas tanto por el personal sanitario como por el consumidor final. De esta forma, los efectos que los intereses económicos de las empresas farmacéuticas generan en la definición de problemas de salud y en la población se entrelazan con el sistema de género.

Es decir, en el proceso de comercialización de un producto son frecuentes dos tipos de estrategias previas (el *reconocimiento de la enfermedad* y el *subdiagnóstico*) que proporcionan información necesaria para justificar las acciones de marketing, pero no siempre con razones científicas inapelables. Es frecuente encontrarse con acepciones de enfermedad poco definidas y que se legitiman a través de esta dinámica. Entre las prácticas más habituales se observan algunas en las que el efecto del sistema de género beneficia claramente la comercialización del fármaco. Esto se produce cuando son utilizados los estereotipos de género (femenino y masculino) y/o las situaciones en las que estos estereotipos se redefinen (maternidad, menopausia, sexualidad, vejez), para delimitar un nicho de mercado.

La comercialización incluye acciones de comunicación publicitaria y no publicitaria. En el caso concreto de la publicitaria, la representación de género se hace patente fundamentalmente en aquellos medicamentos cuyos laboratorios han utilizado el género para definir el nicho de mercado. Varios autores sostienen que existe un sesgo de género en la publicidad de fármacos que puede influir en la percepción de los médicos sobre sus pacientes y, consecuentemente, en las terapias y tratamientos que estos reciban. También redundaría en la

percepción de las diferencias de la salud entre mujeres y hombres por parte de la población.

En consecuencia, el género, la salud y la publicidad farmacéutica se vinculan, se utilizan y se retroalimentan mediante el proceso de *construcción social* que caracteriza a los tres. El resultado es el refuerzo del sistema de género establecido.

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN BIOPSIICOSOCIAL PARA EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA¹

SARA VELASCO ARIAS

Colaboradora del Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

BEGOÑA LÓPEZ DORIGA

Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

MARINA TOURNÉ GARCÍA,

M^a DOLORES CALDERÓ BEA,

INMACULADA BARCELÓ BARCELÓ y

CONSUELO LUNA RODRÍGUEZ

Servicio Murciano de Salud

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales comunes –ansiedad, depresión y somatizaciones–, síndromes funcionales y dolor sin causa orgánica, son problemas de salud de prevalencia y relevancia creciente entre las mujeres. El informe sobre salud mental y género de la Organización Mundial de la Salud en 2002 señala que las diferencias por sexo se dan precisamente en las alteraciones mentales comunes, que se presentan con doble frecuencia entre las mujeres².

En atención primaria están alcanzando gran relevancia y causando fuerte presión asistencial. Se calcula que entre el 30% y el 60 % de todas las visitas en primaria son debidas a síntomas para los que no se encuentra causa médica³, entre el 73% y el 80% de los pacientes de este tipo son mujeres–, y que resultan

1. Programa promovido y financiado por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y realizado en colaboración con el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia y Servicio Murciano de Salud.

2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): *Gender and women's mental health*, 2002 [On line] http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/. También USALL I RODIÈ, Judith.: «Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura», *Abstract Española de Psiquiatría*, 04 (2001), pp. 269-274.

3. PATEL, V.; ARAYA, R.; DE LIMA, M. et al.: «Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies», *Social Science of Medicine*, 49 (1999), pp. 1461-1471. VÁZQUEZ BARQUERO, José Luis; WILKINSON, G.; WILLIAMS, P.; DÍEZ MANRIQUE, J.F.; PEÑA, C.: «Mental Health and medical consultation in primary care settings», *Psychological Medicine*, 20 (1990), pp. 681-694. AIRZAGUE-

relacionados, bien con diagnósticos de trastornos mentales comunes, como depresión (25% de pacientes)⁴, ansiedad (38% de los y las pacientes)⁵ o con somatizaciones (58%)⁶ o bien quedan clasificados como signos y síntomas mal definidos y sin causa médica demostrable (el 13% de los diagnósticos en mujeres en atención primaria)⁷.

La mayor importancia de estas entidades en las mujeres está relacionada con el contexto sociocultural y las vivencias provocadas por factores psicosociales de género⁸, por los consensos y los modelos estereotipados de roles para hombres y mujeres y los ideales de feminidad y masculinidad que imponen. De hecho, el papel de los factores de género llevó en 1988 a formular que determinadas formas de dolor y las alteraciones mentales comunes son expresiones del malestar de las mujeres⁹, llamándose «la otra salud mental»¹⁰ a la que trata los sufrimientos determinados por las formas de la vida cotidiana de las mujeres. Se define así el malestar como el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras¹¹ y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas somáticos y anímicos sin causa orgánica demostrable. Agrupamos bajo el término síndromes del malestar de las mujeres las alteraciones mentales comunes, –ansiedad, depresión y síntomas somáticos– y dolores sin causa orgánica, con un enfoque que los unifica a través de su significado y propondremos intervenir en su atención bajo esta perspectiva¹¹.

Para abordar la especificidad de este problema y con el fin de desarrollar buenas prácticas de salud con enfoque de género¹² que proporcionen contenidos y métodos que sean referentes para la atención en los servicios de salud de las comunidades autónomas, el Instituto de la Mujer realizó un Programa de

NA, J.M.; GRANDES, G.; ALONSO-AIRBIOL, I.; DEL CAMPO CHAVALA, J.L.; LEAGA; FERNÁNDEZ, M.B.; MARCO DE JUANA, J.: «Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto», *Atención Primaria*, 29(9) (2002), pp. 558-561.

4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Informe de Salud en el Mundo 2004. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. [On line] www.who.org
5. GALAVERNI, E.; POZO NAVARRO, P.; BELLINI, M.: «Estudio sobre síntomas de pánico en atención primaria», *Atención Primaria*, 36(6) (2005), pp. 312-316.
6. FINK, Per; SØRENSEN, Lisbeth; ENGBERG, Marianne; HOLM, Martin; MUNK-JØRGENSEN, Paul: «Utilization, and General Practitioner. Recognition Somatization in Primary Care», *Psychosomatics August*, 40 (1999), pp. 330-338.
7. GERVÁS, J.: «Morbilidad atendida en los servicios de atención primaria», en Onís, M. y Villar, J.: *La mujer y la salud en España. Informe básico*, Volumen 1, Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1992.
8. OMS: Op. cit.
9. BURIN, Mabel: *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Buenos Aires, Paidós, 1990. TUBERT, Silvia: *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*, Madrid, El Arquero, 1988.
10. RODRÍGUEZ, Regina (ed.): *El malestar silenciado. La otra salud mental*, Madrid, Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres 14, 1990.
11. VELASCO, Sara: *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria*, Madrid, Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006. <http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>
12. VELASCO, Sara: *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*, Madrid, Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002. <http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/Relaciones%20de%20genero.pdf>.

Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres desde 2003. Se diseñó un modelo de intervención y un método de atención¹³ que integra la naturaleza biopsicosocial y de género de estos padecimientos. Se apoya en la teoría biopsicosocial (BPS) de la salud¹³ con incorporación de teoría de la subjetividad¹⁴ y género¹⁵. El método se apoya en el instrumento de una relación sanitario/a-paciente significativa, y desarrolla los siguientes pasos: escucha integral, localización y desciframiento del factor psicosocial desencadenante o asociado a los síntomas, señalamiento y devolución a la persona de esa localización y de la relación con la sintomatología, produciendo efectos de sujeto que lleven a que el o la paciente produzca cambios en sus circunstancias sociales y cambios en su posición subjetiva frente a ellos¹⁶. Los efectos terapéuticos sobre el cuadro clínico se esperan como producto de estos efectos de cambios psicosocial. Se excluyen de la aplicación del método pacientes con trastornos mentales graves, enfermedades de órganos vitales, consumo abusivo de tóxicos, anorexia-bulimia, psicosis o tratamiento con neurolépticos y antecedentes de intentos de suicidio.

El Programa se realizó con la colaboración de las comunidades autónomas. Y, en concreto, con el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia, el Servicio Murciano de Salud y la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, se llevó a cabo una intervención formativo-asistencial piloto aplicando el modelo descrito. La intervención se compuso de formación de profesionales, aplicación del método BPS en las consultas individuales, sesiones clínicas BPS en centros de salud, supervisión de casos por psicólogos, grupos de apoyo de mujeres, seminarios teóricos de formación continuada en Centros de Salud (CS) y trans-

-
13. ENGEL, G.: «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine», *Science*, 196 (1977), pp. 129-136. TIZÓN GARCÍA, Jorge L.: «A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia», *Atención Primaria*, 39(2) (2007), pp. 93-97. BORRELL CARRIÓ, Francesc; SUCHMAN, Anthony L.; EPSTEIN, Ronald M.: «The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry», *Annals of Family Medicine* (2004), pp. 576-82.
 14. MELER, Irene y TAJER, Débora (compl.): *Psicoanálisis y Género. Debates desde el Foro*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000. BURIN, Mabel: *Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, 1998. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M^a Asunción: *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*, Madrid, Siglo XXI, 1993. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M^a Asunción: *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1998. VELASCO, Sara; RUIZ, M^a Teresa; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos: «Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres», *Revista Española de Salud Pública*, 4 (80) (2006), pp. 317-333. www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol80/vol80_4/RS804C_317.pdf. BURIN, Mabel: *Género y familia...*, op. cit.
 15. GIJSBERG VAN WIJK, C.M.T.; VLIET, Van K.P.; KOLK, A.M.: «Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women», *Social Science of Medicine*, 43(5) (1996), pp. 707-720. MALTERUD, K.: «Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women», *Family Medicine*, 32(9) (2000), pp. 603-611. BRINK-MUINEN, A. Van Den: «Women's health care: for whom and why?», *Social Science of Medicine*, 44(10) (1997), pp. 1541-1551.
 16. BURIN, Mabel: *Género y familia...*, op. cit.

misión a MIR de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). De 2003 a 2006 en la Gerencia de Atención Primaria (AP) de Murcia, se impartió formación de Nivel 1 –curso de 35 horas–, dirigida a profesionales de medicina, enfermería, fisioterapia y trabajo social. Y formación de Nivel 2 –curso de 35 horas, sesiones clínicas BPS didácticas, supervisión de casos, curso de dinámica y coordinación de grupos–, con el doble objetivo de ampliar la formación práctica clínica y crear un grupo clave de profesionales que fueran capaces de coordinar sesiones clínicas, impartir seminarios en los CS y transmisión teórico práctica a MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Se alcanzaron 17 profesionales con Nivel 2 y 32 con Nivel 1 que participaron en la intervención piloto.

Los objetivos asistenciales del método BPS con subjetividad y género, que es objeto de la intervención, han sido: 1. Identificar los factores psicosociales asociados a los cuadros clínicos y favorecer cambios psicosociales en los y las pacientes. 2. Obtener mejoría clínica de los síntomas somáticos y anímicos y disminución del uso de psicofármacos. 3. Mejorar los indicadores indirectos de malestar psicosocial de uso de servicios e insatisfacción: disminución de la hiperfrecuentación, multiuso de servicios, multiuso de pruebas complementarias, poli-consumo de fármacos e insatisfacción percibida de pacientes y sanitarios/as.

El presente trabajo es una evaluación de proceso, resultados e impactos del conjunto de la intervención piloto, cuyos objetivos han sido evaluar la aplicabilidad del modelo en las condiciones actuales de organización de los servicios de atención primaria, la sostenibilidad de las actividades del modelo en el tiempo, utilidad para la práctica médica y la efectividad en términos de resultados de salud de la aplicación del método clínico propuesto, medidos mediante indicadores del alcance de los objetivos asistenciales planteados para la intervención.

2. SUJETOS Y MÉTODO

Para el diseño y desarrollo del Programa se han tenido en cuenta criterios de aplicación de enfoque de género en programas e intervenciones en salud¹⁷. Además se han utilizado criterios sobre buenas prácticas de género acordados por la ONU en 1999¹⁸.

Se ha realizado una evaluación de proceso, resultados e impacto¹⁹. Para la evaluación del proceso de la intervención se han utilizado indicadores cuantita-

17. VELASCO, Sara: «Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista». Material docente del Diploma de Salud Pública y Género. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de la Mujer y Observatorio de Salud de la Mujer, 2007. <http://www.mtas.es/Mujer/programas/salud/instituto.html>.

18. Acuerdo del Comité de Género de ONU sobre criterios de buenas prácticas para las mujeres y la igualdad del género (IACWGE), febrero 1999. <http://www.un.org/womenwatch/resources/goodpractices/guideline.html>

19. DONABEDIAN, A.: *La calidad de la atención médica*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1991. JIMÉNEZ, Leonor et al: «Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud», *Revista Cubana de Salud Pública*, 1 (1996) http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22_1_96/spu07196.htm

tivos de número y porcentajes de participación y actividades, e indicadores cualitativos de beneficios, aplicabilidad, sostenibilidad y dificultades. Las fuentes utilizadas han sido reuniones de seguimiento con observación participante²⁰, cuestionario de preguntas abiertas a los y las profesionales y registros de actividad con información cualitativa, cumplimentados por los y las profesionales: sobre sesiones clínicas, supervisión de casos, seminarios teóricos y grupos de mujeres.

Para la evaluación de resultados con respecto a los objetivos asistenciales se acordaron los criterios para los indicadores entre los y las participantes; se realizó un pilotaje de recogida retrospectiva de historias clínicas de 70 casos y, posteriormente, se analizó una muestra retrospectiva de 412 historias clínicas de casos atendidos con el método BPS, recogidas por 27 profesionales (17 médicos/as, 2 enfermeras, 4 trabajadoras sociales y 4 psicólogos/a). Se utilizó un registro de datos a partir de las historias clínicas, para la construcción de indicadores cualitativos, por una parte: factores psicosociales localizados y asociados a los cuadros clínicos; cambios experimentados de posición subjetiva de los y las pacientes. Y por otra, indicadores cuantitativos de porcentaje de casos con mejoría de los síntomas somáticos y/o anímicos de los síndromes del malestar (mejoría, total, muy apreciable, moderada, escasa o nula), así como mejoría de los indicadores indirectos de malestar de uso de servicios: porcentaje de casos con desaparición de hiperfrecuentación, de multiuso de servicios y pruebas complementarias, de poli-consumo de fármacos, consumo continuado de psicofármacos y de insatisfacción.

3. RESULTADOS

3.1. Resultados de proceso

Se han realizado las siguientes actividades: 18 sesiones clínicas biopsicosociales, en las que han participado el 100% de profesionales incluidos en la intervención. Como resultados cualitativos, declaran beneficios obtenidos en cuanto a aprendizaje teórico práctico, manejo de su propio estrés, apoyo e interacción con compañeros/as para encontrar soluciones y apoyo especializado de salud mental. Se han impartido 3 seminarios en CS por 5 médicas y una trabajadora social. Se realiza un grupo de apoyo de mujeres en uno de los centros de salud, coordinado por una trabajadora social.

3.2. Beneficios de la aplicación del modelo de atención

Los declarados por los y las participantes de AP han sido: 1. «Aumento de percepción de lo psicosocial y de la comprensión, seguridad y satisfacción en el abordaje de los y las pacientes con malestar.» 2. Aspectos nuevos añadidos para la práctica: «La relación profesional-paciente y los componentes psicosociales de género y efectos del método sobre la subjetividad.» 3. «Descubrimiento del género como determinante de

20. DELGADO, J.M.; GUTIÉRREZ, J.: *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Síntesis, 1999.

salud y que el método biopsicosocial es aplicable también para otros problemas de la práctica clínica.» 4. «Beneficio para la vida personal por la comprensión del funcionamiento psicosocial y de género.»

La valoración que declaran los psicólogos y psicóloga de Salud Mental participantes es: 1. «Modelo de intervención biopsicosocial muy valioso para AP. Resulta asequible, flexible y aplicable, muy operativo». 2. «Modelo de relación entre Atención Primaria y Especializada basado en la cooperación, que sustituye al de derivación y que puede mostrarse efectivo y eficiente sin requerir la inversión en nuevos recursos materiales y humanos». 3. «Cambio diametral de la visión que se tiene en Salud Mental sobre el trabajo que realizan los profesionales de AP, mejora de las relaciones AP-SM». 4. «Potencial descenso de la demanda por síndromes del malestar, ya que muchos pacientes no se cronifican y no llegarán a Salud Mental.»

3.3. Sostenibilidad

El modelo ha resultado sostenible, ya que las personas que acceden a la formación en su totalidad aplican en la consulta el método en la medida en que el tiempo se lo permite y, al haber alcanzado un número crítico de profesionales de Nivel 2, se ha conseguido continuidad en la aplicación del método y han autogestionando sesiones clínicas, seminarios teóricos y grupos de mujeres, que se mantienen y continúan aún después de terminado el periodo piloto de evaluación.

3.4. Prevalencia de síndromes del malestar

En cuanto a la presentación clínica de los síndromes del malestar, los y las profesionales participantes estiman una prevalencia de síndromes del malestar del 30% de sus pacientes (80% de los cuales son mujeres).

3.5. Aplicabilidad

El porcentaje estimado en que están pudiendo aplicar el método, en las condiciones actuales de organización y tiempo, es el 20% de los y las pacientes que identifican con malestar en los cupos más grandes, y el 80% en los cupos más pequeños.

3.6. Resultados de salud por aplicación clínica del método

Se registra una muestra de 412 casos –349 de mujeres y 63 de hombres–. El 95% son declarados por médicos/as y el 5% restante por enfermería y trabajo social. El rango de edad atendido es de 8 a 91 años. No han existido límites de edad para la aplicación del modelo. Y el grupo de edad mas frecuente ha sido de 35 a 54 años (51,4% de los casos). Se recoge un 2% de niños/as y adolescentes.

3.7. Cuadros clínicos

Los más frecuentes encontrados son, para las mujeres, síntomas y síndromes funcionales (57,9%), ansiedad (38,4%), depresión (37,8%) y dolor músculo-

esquelético y cefaleas (36,1%) (Tabla 1). Se han tratado 31 casos de fibromialgia y 3 de fatiga crónica (todos en mujeres) y 7 casos de colon irritable (1 en un hombre).

Tabla 1. Cuadros clínicos de síndromes de malestar (Multidiagnósticos)

Mujeres	Nº	%	Hombres	Nº	%
Ansiedad	138	39,5	Ansiedad	20	31,7
Depresión	132	37,8	Opre. precordial/dolor torác. no card.	12	19
Dolor musculoesquelético	89	25,5	Depresión	11	17,5
Cansancio/ astenia	50	14,3	Insomnio / dificultad para dormir	11	17,5
Cefalea / jaqueca / migraña	46	13,2	Cefalea / jaqueca / migraña	10	15,9
Mareos / vértigos	43	12,3	Palpitaciones / taquicardia	10	15,9
Insomnio / dificultad para dormir	38	10,9	Cansancio/ astenia	7	11,1
Palpitaciones / taquicardia	37	10,6	Dolor musculoesquelético	6	9,5
Fibromialgia	31	8,9	Crisis de pánico / angustia	6	9,5
Opre. precordial/dolor torác. no cardia.	24	6,9	Disnea / dificultad para respirar	6	9,5
Tristeza / decaimiento	22	6,3	Mareos / vértigos	5	7,9
Malestar psicológico	18	5,2	Tristeza / decaimiento	5	7,9
Crisis de pánico / angustia	17	4,9	Fobias	5	7,9
Disminución del apetito	16	4,6	Malestar psicológico	4	6,3
Otras Somatizaciones	16	4,6	Disminución de la libido	3	4,8
Epigastrálgia	13	3,7	Náuseas/vómitos	3	4,8
Disnea / dificultad para respirar	11	3,2	Alteración de la concentración	3	4,8
Síntomas digestivos	11	3,2	Epigastrálgia	2	3,2
Dispepsia...	11	3,2	Síntomas digestivos	2	3,2
Problemas ginecológicos	8	2,3	Trastorno ánimo/cambios de humor	2	3,2
Fobias	7	2	Pérdida de peso	2	3,2
Colon Irritable	7	2	Parestesia	2	3,2
Disminución de la libido	4	1,1	Disminución del apetito	1	1,6
Trastorno del ánimo /cambios de humor	4	1,1	Otras Somatizaciones	1	1,6
Miedos	4	1,1	Dispepsia...	1	1,6
Crisis hipertensiva	4	1,1	Colon Irritable	1	1,6
Prurito	4	1,1	Miedos	1	1,6
Dolor abdominal	3	0,9	Crisis hipertensiva	1	1,6
Fatiga crónica	3	0,9	Dolor abdominal	1	1,6
Pérdida de peso	2	0,6	Alteración del sueño	1	1,6
Parestesia	2	0,6	Fibromialgia	0	0
Manías y obsesiones	2	0,6	Problemas ginecológicos	0	0
Agresividad	2	0,6	Prurito	0	0
Fallos de memoria	2	0,6	Fatiga crónica	0	0
Bulimia	2	0,6	Manías y obsesiones	0	0

Náuseas/vómitos	1	0,3	Agresividad	0	0
Alteración del sueño	1	0,3	Fallos de memoria	0	0
Consumo de tóxicos	1	0,3	Bulimia	0	0
Intento suicidio	1	0,3	Consumo de tóxicos	0	0
Pesadillas nocturnas	1	0,3	Intento suicidio	0	0
Baja autoestima	1	0,3	Pesadillas nocturnas	0	0
Síndrome de adaptación	1	0,3	Baja autoestima	0	0
Crisis de identidad	1	0,3	Síndrome de adaptación	0	0
Bolo histérico	1	0,3	Crisis de identidad	0	0
Síndrome de rumiación	1	0,3	Bolo histérico	0	0
Alteración de la concentración	1	0	Síndrome de rumiación	0	0

Fuente: registro de casos Murcia 2006.

Para los hombres, los más frecuentes son también los síntomas somáticos (58,7%), aunque no se encuentran entre ellos síndromes funcionales, sino principalmente somatizaciones de tipo cardiovascular (opresión precordial, dolor torácico no cardíaco y palpitaciones) y ansiedad (41,3%), incluso más que en las mujeres y los síntomas anímicos (41,3%). Varía en los hombres la menor frecuencia de dolor (22,2%) y especialmente la depresión (17,5%) con la mitad de frecuencia que en mujeres.

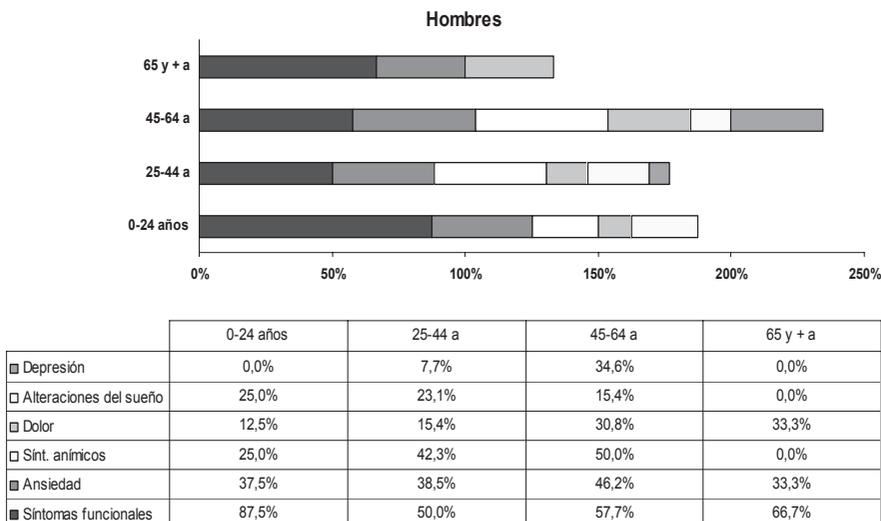
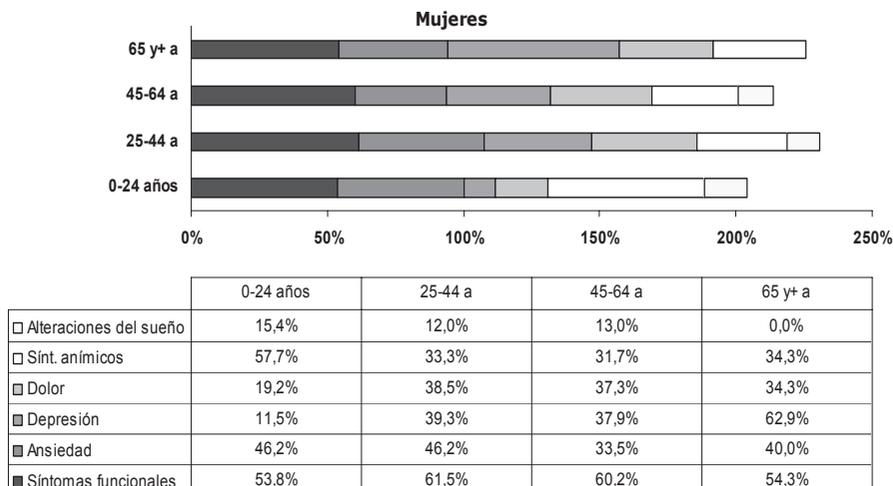
De 8 a 24 años, en hombres, la proporción de ansiedad y síntomas somáticos (teniendo en cuenta que muchos de ellos son cortejo somático de la propia ansiedad), son bastante más frecuentes que en edades más avanzadas. En los jóvenes son hasta 3 veces más frecuentes que para ellas los síntomas de tipo cardiovascular (25% en chicos, 7,7% en chicas) y los digestivos (37,5% en chicos, 23,1% en chicas) y el doble de otras somatizaciones (25% en chicos, 11,5% en chicas). Ellas, sin embargo, presentan con más frecuencia otros síntomas anímicos variados (57,7% en chicas y 25% en chicos). En los siguientes grupos de edad, aún manteniéndose las somatizaciones y la ansiedad en cabeza en ambos sexos, va aumentando en mujeres la importancia relativa de la depresión y los dolores músculo-esqueléticos y aparecen la fibromialgia y fatiga crónica, que son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres a todas las edades (Figura 1).

La comorbilidad encontrada entre los diversos cuadros es del 40% en mujeres y 25% en hombres. En los casos de fibromialgia, fatiga crónica y colon irritable (comorbilidad en el 92,5%) ha sido mayor que en los demás cuadros.

3.8. Factores psicosociales

Son aquellos que han tenido significado subjetivo enfermante para cada paciente (Tabla 2) y se han clasificado para su análisis en categorías que agrupen acontecimientos con similar significado psicosocial y sensibles al análisis de género.

Figura 1. Diagnósticos en mujeres y hombres por grupos de edad.
Base muestral 349 mujeres y 63 hombres. Multidiagnósticos



Los principales determinantes psicosociales para las mujeres son las cargas del rol tradicional –incluyendo sus efectos de dependencia, aislamiento y falta de red social– y el trabajo de cuidadora (27%), seguido de los conflictos de pareja (20%). Los conflictos con, o enfermedades de hijos/as (15,3%) son el tercer factor para las mujeres. Siguen los duelos en cuarto lugar (12,3%). Los malos tratos por la pareja o expareja, son el 6,5% de los casos de mujeres (se han descrito 26 casos de malos tratos en mujeres y 1 en un hombre) y tiene

Tabla 2. Acontecimientos psicosociales localizados.
Base muestral 63 hombres y 349 mujeres

	Hombres		Mujeres		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
CONFLICTOS DE PAREJA Y ROL TRADICIONAL	22	34,9%	130	37,2%	152	36,9%
Conflictos de relación de pareja	8	12,7%	52	14,9%	60	14,6%
Separación de la pareja	6	9,5%	24	6,9%	30	7,3%
Hábitos tóxicos (ellos). De la pareja (ellas)	5	7,9%	21	6,0%	26	6,3%
Dependencia y aislamiento	1	1,6%	18	5,2%	19	4,6%
Sobrecarga por rol tradicional	1	1,6%	8	2,3%	9	2,2%
Boda próxima	1	1,6%	4	1,1%	5	1,2%
Carencia de red social	0	0,0%	3	0,9%	3	0,7%
MALOS TRATOS DE LA PAREJA	1	1,6%	26	7,4%	27	6,6%
PERSONAS A SU CARGO/ENFERM. DE FAMILIARES. CUIDADO	15	23,8%	141	40,4%	156	37,9%
Problemas de hijos/as y relación con ellos	1	1,6%	47	13,5%	48	11,7%
Personas inválidas o incapacitadas a su cargo	2	3,2%	38	10,9%	40	9,7%
Accidentes, enfermedades, operaciones de algún familiar	3	4,8%	19	5,4%	22	5,3%
Sobrecarga de cuidadora	4	6,3%	16	4,6%	20	4,9%
Enfermedades de hijos/as	4	6,3%	14	4,0%	18	4,4%
Conflictos de las personas a su cargo	1	1,6%	6	1,7%	7	1,7%
Otras referencias a personas a su cargo	0	0,0%	1	0,3%	1	0,2%
DOBLE JORNADA LABORAL	0	0,0%	15	4,3%	15	3,6%
DUELO	13	20,6%	47	13,5%	60	14,6%
Muerte de una familiar o allegado	7	11,1%	19	5,4%	26	6,3%
Muerte de la pareja	2	3,2%	16	4,6%	18	4,4%
Suicidio o intento de suicidio en el núcleo familiar	3	4,8%	4	1,1%	7	1,7%
Muerte de un hijo/a	1	1,6%	3	0,9%	4	1,0%
Otras referencias a pérdidas	0	0,0%	5	1,4%	5	1,2%
PROBLEMAS LABORALES O ESTUDIOS	13	20,6%	31	8,9%	44	10,7%
Problemas laborales	8	12,7%	18	5,2%	26	6,3%
Exámenes	1	1,6%	6	1,7%	7	1,7%
Acoso en el trabajo (mobbing)	3	4,8%	3	0,9%	6	1,5%
Problemas escolares	0	0,0%	1	0,3%	1	0,2%
Acoso escolar	1	1,6%	3	0,9%	4	1,0%
CONFLICTOS FAMILIARES	3	4,8%	7	2,0%	10	2,4%
Conflictos familiares	2	3,2%	5	1,4%	7	1,7%
Separación de los padres	1	1,6%	2	0,6%	3	0,7%
OTROS	10	15,9%	37	10,6%	47	11,4%
Inmigración	1	1,6%	9	2,6%	10	2,4%
Accidentes, enfermedades u operaciones propias	5	7,9%	5	1,4%	10	2,4%
Dificultades reproductivas	1	1,6%	5	1,4%	6	1,5%

Abuso sexual	0	0,0%	3	0,9%	3	0,7%
Conflictos sexualidad	1	1,6%	2	0,6%	3	0,7%
Escasos recursos económicos	0	0,0%	1	0,3%	1	0,2%
Otros acontecimientos	2	3,2%	12	3,4%	14	3,4%
Sin respuesta	2	3,2%	5	1,4%	7	1,7%
Base muestral	63		349		412	

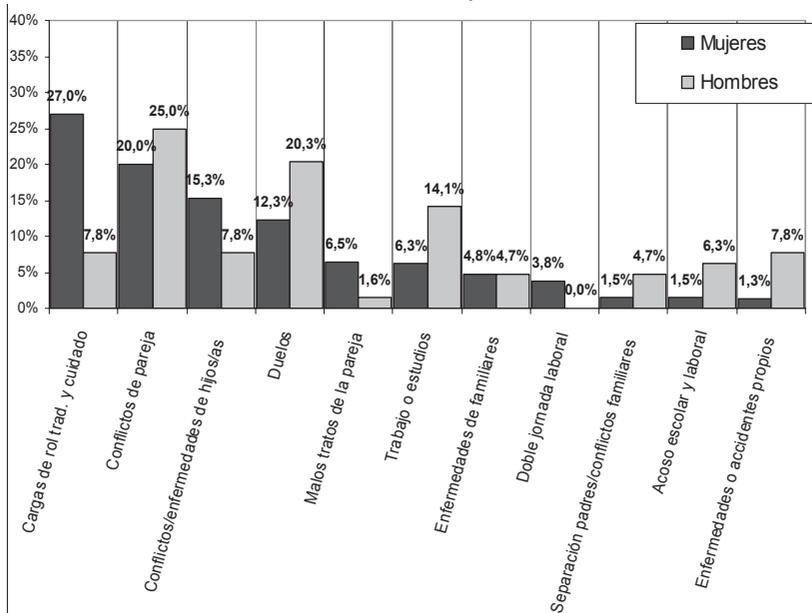
Fuente: Registro de casos Murcia 2006.

para ellas prácticamente la misma frecuencia que los conflictos en el trabajo o con los estudios. La doble jornada laboral afecta al 3,4% de los casos siendo un factor exclusivo de las mujeres.

Para los hombres los conflictos de pareja, incluyendo las separaciones, es el factor más frecuente (25%) seguido de los duelos (20,3%) y en tercer lugar, conflictos en el trabajo o con los estudios (14,1%). Otros factores son accidentes o enfermedades propias, junto con cargas del rol tradicional y el trabajo de cuidador 7,8%, igual en ambos factores.

El consumo abusivo de tóxicos ha tenido distinto significado en ambo sexos; si bien el porcentaje es similar (6% en mujeres y 7% en hombres), en los casos recogidos de hombres el problema era que ellos eran los sujetos consumidores de tóxicos, mientras que en los casos de mujeres el problema era que sus parejas eran los consumidores (excepto un caso) (Figura 2).

Figura 2. Factores psicosociales por sexos. Base muestral 64 factores en hombres y 400 factores en mujeres



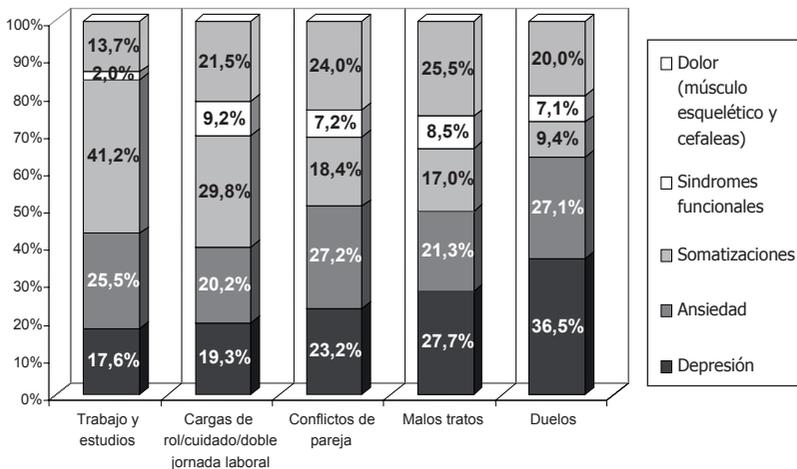
Fuente: Registro de casos Murcia 2006.

Por grupos de edad, en niños, niñas y adolescentes, por orden de frecuencia, acoso escolar, separación de los padres y muerte de abuelos (y en un caso una amiga y la madre en otro). Para los chicos hasta 24 años, a estos factores se añaden conflictos de pareja como único otro factor. Mientras, para las jóvenes hasta 24 años, además de conflictos de pareja, aparecen la doble jornada laboral, los malos tratos y conflictos con los hijos/as.

En los siguientes grupos de edad, en las mujeres van aumentando progresivamente las cargas de rol tradicional y cuidado, los malos tratos, y los conflictos con los hijos/as y en el grupo más numeroso en la muestra, el de 45 a 64 años, en las mujeres, el 80% de los factores son sobrecarga de rol y dedicación al cuidado y soporte de los otros –cargas de rol, cuidado, conflictos de pareja, problemas con hijos/as, malos tratos y doble jornada laboral–. Mientras que para los hombres, en ese mismo grupo de edad, el 81% de los factores corresponden a conflictos de pareja, pérdidas, problemas en el trabajo o con los hijos/as y enfermedades propias.

Se ha analizado la correlación que pueda existir entre diagnósticos y factores psicosociales. Se han encontrado relaciones significativas para las mujeres. En los casos en que aparece duelo, aun sumado a otros factores, se asocia con depresión el 36,5% de las veces, apareciendo como el más depresógeno, seguido de los malos tratos, aunque parece que en las mujeres son depresógenos cualquiera de los factores psicosociales y que cualquiera de ellos se relaciona con todas las manifestaciones del malestar. Los problemas de trabajo y estudios, sin embargo, son los que se asocian más claramente con mayores niveles de ansiedad –somatizaciones diversas (41,2%) y ansiedad (25,5%)–, y menos con depresión (17,6%) y dolor (13,7%), teniendo en cuenta que es un factor más frecuente en mujeres jóvenes, también por ello más tendentes a ansiedad (Figura 3).

Figura 3. Relación entre factores psicosociales y diagnósticos en mujeres
Base muestral total de factores



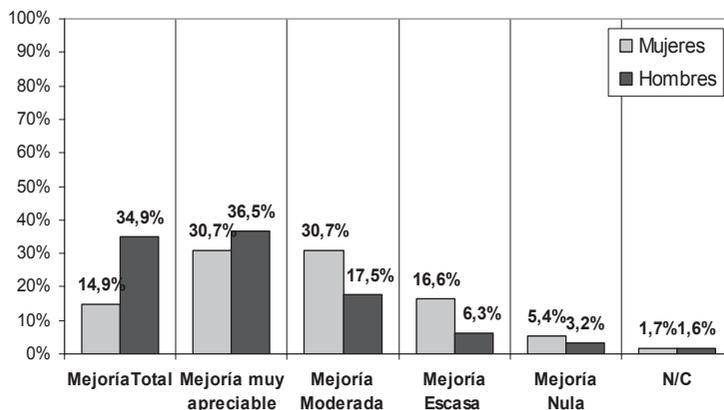
Fuente: Registro de casos de Murcia 2006.

3.9. Mejoría clínica

En cuanto a la mejoría producida en los casos por la intervención BPS, se estima en base a dos conceptos: los efectos de cambio sociales y subjetivos y la mejoría clínica en sí misma. El efecto de cambio subjetivo implica que el o la paciente, mediante la localización de la circunstancia biográfica o factor psicosocial significativo y el desciframiento y señalamiento de la relación con su sintomatología, realizada con el o la profesional, se da cuenta de la posición pasiva y/o enfermante en que se encuentra e inicia cambios, tanto en sus circunstancias sociales como en la posición frente a ellas. La mejoría clínica de los síntomas y la disminución o suspensión del uso de fármacos son consecuencia de estos efectos de cambio previos. Así, se han producido efectos de cambio en el 77% de las personas atendidas, prácticamente igual en ambos sexos. Sin embargo, este resultado es bastante diferente según el nivel de formación del profesional que atiende. La eficacia de profesionales con el Nivel 2 más avanzado, es casi el doble (cambios en el 80,2% de las mujeres y el 78% de los hombres) que los de Nivel 1 (31,1% en mujeres y un 50% en hombres).

La mejoría clínica de los síntomas experimentada por los y las pacientes es estimada por los y las profesionales declarantes basándose en el grado de desaparición de los síntomas somáticos, dolor y de los síntomas anímicos, además de la disminución o suspensión del uso de psicofármacos y analgésicos. El 71% de los hombres y el 46% de las mujeres han mejorado totalmente (desaparecen los síntomas somáticos y anímicos y no se usan psicofármacos) o de forma muy apreciable (desaparecen los síntomas somáticos o bien los anímicos o mejoran ambos y se reduce el consumo de psicofármacos aunque no desaparezca) Se distribuyen en: 35% con mejoría total de los hombres y el 15% de las mujeres atendidas; 37% mejoría muy apreciable en hombres y 31% de las mujeres. El 3% de los hombres y 5% de las mujeres no han experimentado ninguna mejoría (Figura 4).

Figura 4. Mejoría de síntomas por sexos después de intervención BPS
Base muestral 63 hombres y 349 mujeres



Fuente: Registro de casos de intervención en Murcia 2006.

La frecuencia de mejoría es mayor en los grupos de edad más jóvenes, tanto en hombres (93,7% de los casos de hombres hasta 34 años han tenido mejoría total) como en mujeres (63,9% de mejoría total en ese mismo grupo de edad). Los hombres han mejorado con más frecuencia que las mujeres en todos los grupos de edad.

De nuevo, la efectividad del método varía con el Nivel de formación. Mientras que los y las profesionales de Nivel 2, obtienen mejorías (desde totales a moderadas) en el 80,4% de los casos que tratan, los de Nivel 1 la obtienen el 66,2% de los casos.

En cuanto al consumo de psicofármacos y analgésicos y su disminución o suspensión, se produce de forma variable en todos los grados de mejoría. Del total de pacientes, el 83,5% ha disminuido o suprimido los psicofármacos y analgésicos. El 22,6% ya no precisa fármacos y el 60,9% ha disminuido su consumo.

3.10. Distribución del grado de mejoría según entidades clínicas

En las mujeres, la mejoría clínica se produce bastante uniformemente en relación a los diversos diagnósticos –el rango de porcentaje (de la suma de mejoría total, muy apreciable y moderada) está entre 72% y 80% para todos los diagnósticos–, a excepción de los síndromes funcionales (fibromialgia, fatiga crónica y colon irritable) que mejoran muy por debajo de la media (28%). También se aprecia que la mejoría total es casi el doble en síntomas somáticos (14,8%) que en depresión (8,3%), si bien se igualan cuando se contabilizan también mejorías más moderadas.

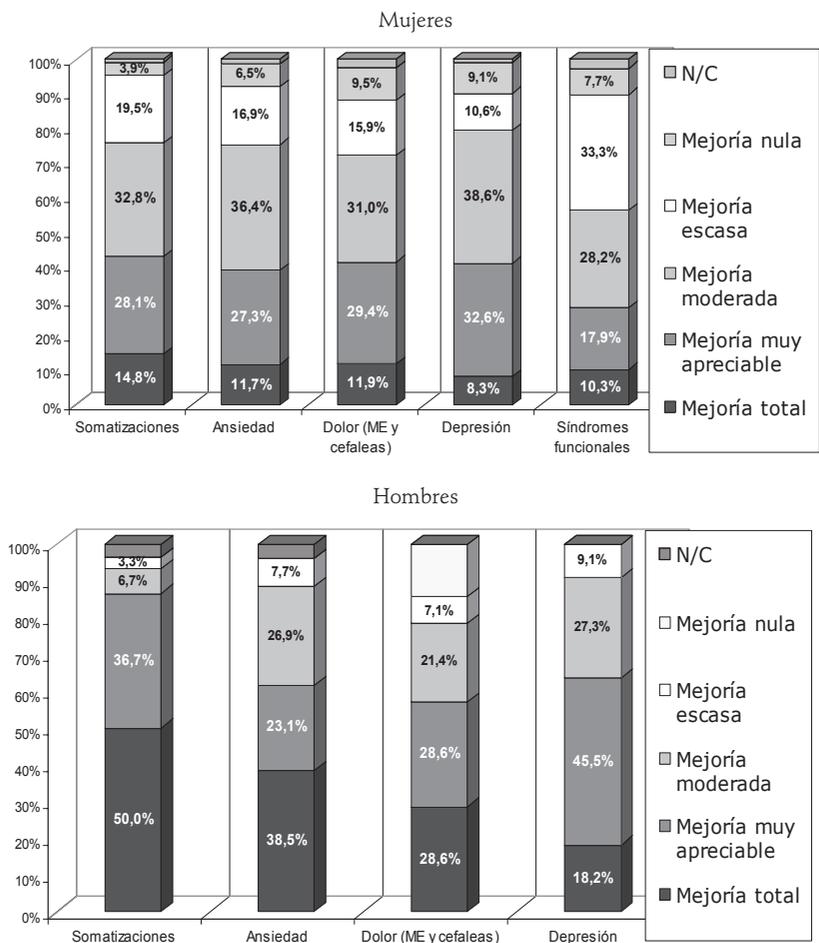
En los hombres, se ha suprimido la categoría de síndromes funcionales (un solo caso de colon irritable que tuvo una mejoría moderada) y que produce un resultado aleatorio. En las restantes categorías se observa mejorías con frecuencia muy altas en ansiedad (89% de mejorías total, muy apreciable y moderada) y síntomas somáticos (93% de mejorías total, muy apreciable y moderada). En las demás categorías, en hombres, también son altas las frecuencias, el 91% de las depresiones y el 79% del dolor han mejorado y sólo ha habido alguna mejoría nula en la categoría de dolor (Figura 5).

3.11. Distribución de mejoría según factores psicosociales

En las mujeres, la media de las mejorías en conjunto, –totales, muy apreciables o moderadas–, ha sido de 76,7%. Son algo más frecuentes cuando el factor psicosocial ha sido relacionado con trabajo o estudios (93%); en cargas de rol tradicional y carga de cuidadora (72%) y las menores en los casos de malos tratos (61%).

Entre los hombres, la media de mejorías en conjunto, –totales, muy apreciables o moderadas–, ha sido de 87,4%. No puede considerarse significativa la mejoría experimentada por malos tratos, por tratarse de un solo caso. Los demás factores tienen mejorías muy similares, con una media de mejoría total del 43,7%.

Figura 5. Grado de mejoría clínica según diagnósticos



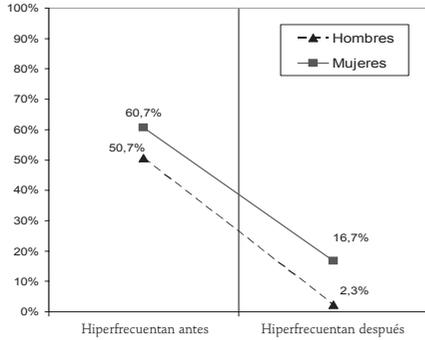
Fuente: Registro de casos de Murcia 2006.

3.12. Indicadores de uso de recursos sanitarios

Otro objetivo planteado era mejorar indicadores de hiperfrecuentación, multiuso de pruebas complementarias, policosumo de fármacos e insatisfacción. Algunos indicadores tienen que valorarse a medio plazo y no siempre ha conestado el dato en los registros, por lo que se calculan los indicadores sobre los casos en que consta el dato antes y después de la intervención. Se produce una media de descenso del conjunto de uso de servicios y fármacos del 93% en hombres y el 77,8% en mujeres. El 60,7% de las mujeres y el 50,7% de los hombres atendidos hiperfrecuentaban la consulta de medicina de familia antes de la intervención con el método BPS. Desciende la hiperfrecuentación después

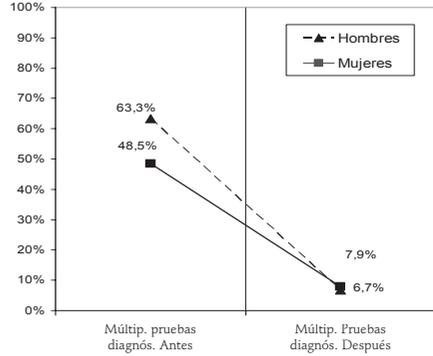
Figura 6. Indicadores de uso de recursos y satisfacción de pacientes antes y después de la intervención

Hiperfrecuentación de consulta de medicina de familia antes y después de la intervención.



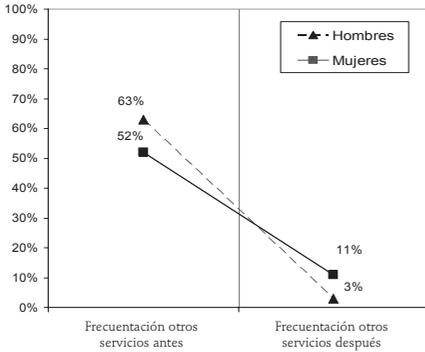
Múltiples pruebas complementarias antes y después de la intervención.

Base muestral 241 mujeres y 30 hombres



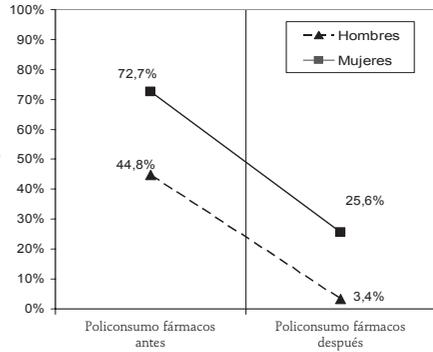
Frecuentación de otros servicios antes y después de la intervención.

Base muestral 245 mujeres y 32 hombres



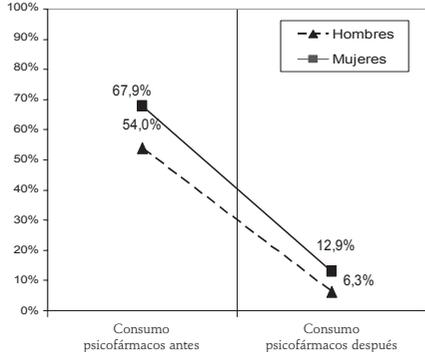
Policonsumo de fármacos antes y después de la intervención.

Base muestral 176 mujeres y 29 hombres



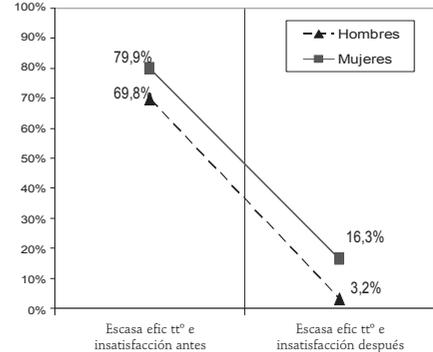
Consumo de psicofármacos antes y después de la intervención.

Base muestral 272 mujeres y 34 hombres



Insatisfacción y escasa eficacia de los tt^o antes y después de la intervención.

Base muestral 298 mujeres y 43 hombres



al 16,7% de las mujeres y al 2,3% de los hombres. Frecuentaban otros servicios por encima de lo que el médico/a considera esperable para su estado de salud, el 52% de las mujeres y el 63% de los hombres. Esta frecuentación baja al 11% en las mujeres y el 3% en los hombres. Utilizaban múltiples pruebas en más cantidad de lo que el médico/a indicaría, el 48,5% de las mujeres y el 63,3% de los hombres antes de la intervención y las proporciones se reducen a 7,9% en mujeres y 6,7% en hombres después de la intervención.

Antes de la intervención, presentaban policonsumo de fármacos, –más de 10 fármacos en los últimos 6 meses–, el 72,7% de las mujeres y el 44,8% de los hombres y desciende al 25,6% de las mujeres y el 3,4% de los hombres. Con consumo continuo de antidepresivos o ansiolíticos antes de la intervención, el 67,9% de las mujeres y el 54% de los hombres y desciende a 12,9% de las mujeres y 6,3% de los hombres. Y, finalmente, antes de la intervención encontraban escasamente eficaces los tratamientos e insatisfacción de la persona enferma en el 79,9% de las mujeres y el 69,8% de los hombres y desciende al 16,3% de las mujeres y el 3,2% de los hombres (Figura 6).

4. DISCUSIÓN

La evaluación de proceso, cuyos resultados son principalmente cualitativos, muestra que, tanto el método de atención como el modelo de intervención son aplicables si se cuenta con el compromiso e impulso de las instituciones sanitarias implicadas, como ha sido el caso de esta intervención, con la formación que se ha impartido y en la medida en que los y las profesionales puedan salvar las limitaciones de disponibilidad de tiempo, que se presenta como la principal dificultad encontrada. El modelo se sostiene por sí mismo una vez iniciado, si se cuenta con profesionales comprometidos que hayan alcanzado el Nivel 2 de formación (63 horas docentes manteniendo el contacto docente, al menos, durante un año). Una limitación de esta sostenibilidad puede ser la necesidad de alcanzar este grupo inicial de profesionales sensibilizadas/os y capacitados/as. Las personas participantes identifican valores añadidos procedentes de incorporar instrumentos de abordaje psicosocial y producción de cambios subjetivos del método; la relación profesional-paciente, aumento de la satisfacción de pacientes y profesionales y beneficios para la vida personal, además de la cooperación entre atención primaria y salud mental. Estos resultados son comunes a otras experiencias que incluyen la atención a lo psicosocial en la práctica de atención primaria²¹ aún de diversos cortes conceptuales psicoanalíticos o

21. SPECKENS Aem; HEMERT, Van A.M.; SPINHOVEN, P.; HAWTON, K.E.; BOLK, J.H.; ROOIJMANS, H.G.M.: «Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial», *British Medical Journal*, 311 (1995), pp. 1328-1332. MORRIS, R.K.; GASK, L.; RONALDS, C.; DOWNES-GRAINGER, E.; THOMPSON, H.; GOLDBERG, D.: «Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught to general practitioners», *British Journal General Practice*, 49 (1999), pp. 263-267. MILROD, Barbara;

cognitivos, como el método DEPENAS²² probado, en nuestro medio, en el País Vasco.

En cuanto a la caracterización de los síndromes del malestar que se encuentra en la muestra, se han presentado casi 6 veces con más frecuencia en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad, concordante con las estimaciones previas y justificando el abordaje específico como problema de salud de las mujeres, aunque también se incluyan los hombres afectados. Los y las profesionales han podido abordar con el método todos los tipos de trastornos mentales comunes, somatizaciones, dolor musculoesquelético y cefaleas, recogidos en proporciones coherentes con las estimaciones de prevalencia existentes en primaria²³.

Las diferencias encontradas por sexos, tanto en diagnósticos como en factores psicosociales identificados, apuntan a diferencias explicables por factores de género, es decir debidas a formas de vida, roles y cargas soportadas por ambos sexos a lo largo del ciclo vital, por sujeción a modelos estereotipados de género. Las entidades más frecuentes en la muestra son las somatizaciones, seguidas de cuadros de ansiedad con diferencias por edad y sexo. Los hombres jóvenes somatizan más con síntomas tanto cardiovasculares como digestivos que, a su vez, son cortejo somático de ansiedad y que siguen siendo más frecuentes en hombres a todas las edades. Con la edad, aún manteniéndose la somatización y ansiedad en cabeza, va aumentando en mujeres, y diferenciándose de los hombres, la importancia relativa de la depresión –el doble en mujeres que en hombres²⁴– y los dolores músculo-esqueléticos y aparecen fibromialgia y fatiga crónica –síndromes funcionales en más del 80% en mujeres. El sentido de estas diferencias puede ser que las mujeres están presentando formas del sufrimiento más crónicas, de condición psíquica pasiva y fijadas al cuerpo, mientras que los hombres parecen tender más a manifestar formas agudas y psíquicas activas de sufrimiento como ansiedad en todas sus formas (psíquicas y somáticas).

Ha sido identificada una amplia gama de factores psicosociales asociados al malestar con discernimiento de factores con potencial explicativo de género. En el grupo de edad de 8 a 18 años, los factores identificados son acoso escolar, separación de los padres y la muerte, sobre todo, de abuelos, casi sin diferencias por sexos. Pero, al aumentar la edad hasta 24 años, si bien para los chicos sólo aparecen conflictos de pareja, en el caso de las jóvenes ya empieza el impacto

LEON, Andrew C.; BUSCH, Fredric; RUDDEN, Marie; SCHWALBERG, Michael; CLARKIN, John et. al. «A Randomized Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder», *American Journal of Psychiatry*, 164(2) (2007), p. 529.

22. AIARZAGUENA, J.M.; ARIÑO, J.: «DEPENAS, hormonas y emociones: una guía práctica para el abordaje del malestar psicológico en atención primaria», *Medicina de Familia*, 9 (1999), pp. 310-316.
23. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, 2007. MONTERO, Isabel: Op. cit. GALAVERNI, E.: Op. cit. FINK, Per: Op. cit. GERVÁS, J.: Op. cit.
24. OMS: Op. cit. FINK, Per: Op. cit. MONTERO, Isabel; APARICIO, Dolores; GÓMEZ-BENEYTO, Manuel et al.: «Género y salud mental en un mundo cambiante», *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl.1) (2004), pp. 175-181.

de sobrecargas de género –junto a conflictos de pareja, aparece la doble jornada laboral, los malos tratos y conflictos con los hijos/as–, que seguirán aumentando en edades sucesivas. Los determinantes psicosociales son concordantes con lo descrito en estudios de género. A las mujeres les van afectando más, a lo largo del ciclo vital, las circunstancias de su vida que las colocan en un lugar subordinado, con dedicación al cuidado y soporte afectivo de los otros y en posiciones deprivadas de proyecto propio²⁵, siendo los problemas de los otros a su cargo (incapacidad, conflictos, enfermedades, hábitos tóxicos de sus parejas...) los que se convierten en causa de su sufrimiento²⁶, además de las sobrecargas y riesgo propios del rol subordinado tradicional, como los malos tratos y la doble jornada laboral. Tienen, sin embargo, menos peso para ellas, los factores procedentes del trabajo²⁷ o los accidentes o enfermedades propias, es decir, lo que tendría que ver con el desarrollo de proyectos y realización propia y el cuidado de una misma²⁸.

Los factores que enferman a los hombres se relacionan más con conflictos de pareja en la que no están subordinados y que, por tanto, pueden afrontar desde posiciones activas no estando comprometida la propia capacidad para actuar y producir cambios, lo cual puede explicar, en parte, la más rápida mejoría de los hombres sujetos a este factor; y siguen los duelos y los problemas procedentes de la esfera del trabajo, que constituye el espacio vital más investido por el ideal de masculinidad para los hombres²⁹.

El método se ha mostrado eficiente en una media de 76,3% de las mujeres y el 90,1% de los hombres tratados (mejorías clínicas totales, muy apreciables o moderadas), para todos los diagnósticos y factores psicosociales asociados. Se ha mostrado algo más eficiente en somatizaciones y ansiedad, en ambos sexos, lo que puede tener que ver con que estos trastornos se asocian con posiciones psíquicas activas, lo que hace que se puedan producir cambios de sujeto más fácilmente. También mejoran más las personas más jóvenes, lo que puede deberse a que, precisamente en jóvenes, somatizaciones y ansiedad son las entidades más frecuentes y es menor la cronicidad de los síntomas. Así mismo, también se ha encontrado mayor frecuencia de mejoría en hombres, probablemente porque también entre ellos es más frecuente ansiedad y somatizaciones y síntomas de menor antigüedad que en las mujeres.

25. BURIN, Mabel: «Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables», en: *Psicoanálisis, estudios feministas y género*. <http://www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm>

26. TAJER, Débora: «Cuestiones de género en la enfermedad cardiaca. Heridos corazones de mujer». <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-64029-2006-03-09.html>.

27. ARBER, Sara: «Class, Paid Employment and Family Roles: Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status», *Social Science of Medicine*, 32 (4) (1991), pp. 425-436.

28. BURIN, Mabel: «Género y Psicoanálisis...», op. cit. TAJER, Débora: Op. cit.

29. BERTAKIS, K.D.; HELMS, L.J.; CALLAHAN, E.J.; AZARI, R.; LEIGH, P.; ROBBINS, J.A.: «Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care», *Journal of Women Health and Gender Based Medicine*, 10 (7) (2001), pp. 689-698. BENSING, Jozien M.; HULSMAN, Robert; SCHREURS, Karlein: «Gender differences in fatigue. Biopsychosocial factors relating to fatigue in men and women», *Medical Care*, 37(10) (1999), pp. 1078-1083.

En las mujeres las mejorías son bastante parecidas para todos los cuadros –algo más eficaz en somatizaciones y ansiedad–, y los síndromes funcionales son más resistentes. Esto debe querer decir que para las mujeres deben influir en la capacidad de respuesta otras variables distintas del cuadro clínico. Los factores psicosociales que afectan a las mujeres son principalmente cargas de rol y cuidado, subordinación y pérdida de posición subjetiva en la pareja con la consecuente exposición a malos tratos y abusos, conflictos o cuidado de hijos/as. Y estos factores de género mejoran con más dificultad porque proceden de circunstancias externas insidiosas, modificables con dificultad, porque son de impacto vivencial más profundo y más crónico. Estos factores colocan en posición de objeto de los otros, en posiciones subjetivamente pasivas e incapacitan de forma crónica para la realización de vivencias y realizaciones, sujetas a la impotencia propia de no poder influir, controlar y cambiar las situaciones que no depende de una misma. Además, suponen una sobrecarga directamente sobre la esfera afectiva –el cuidado y la implicación en los conflictos de las personas de su entorno cercano e íntimo es llamado a veces «trabajo afectivo»³⁰ que compromete en gran medida las vivencias y, en consecuencia, son determinantes de salud de género potentes–.

Las diferencias de mejorías obtenidas por profesionales con diferente nivel formativo permiten identificar la formación crítica necesaria para obtener buen rendimiento, que son, al menos, 63 horas docentes teórico-prácticas.

El impacto del método sobre los indicadores de hiperutilización de recursos sanitarios, consumo de fármacos e insatisfacción, indicadores indirectos de malestar psicosocial³¹ es muy alto y es un beneficio que se produce incluso por profesionales de Nivel 1, ya que la apertura de los contenidos de la demanda implícita y su escucha ya frena la insistencia de esa demanda³², aún antes de que se produzcan efectos clínicos.

Una limitación de la evaluación es que faltan factores referidos a clase social, trabajo y migración, aunque sí hay observaciones sobre ello, pero no sistematizadas, donde es posible que se puedan encontrar factores que expliquen diferencias de respuesta al método. Sería interesante continuar con líneas de investigación que, manteniendo el discernimiento de los determinantes de género, profundicen en la vivencia subjetiva y social de esos factores, la forma en que producen malestar y más precisiones sobre el mecanismo del método para cambiarlas.

30. FOLBRE, Nancy: «The Invisible Heart: Economics and Family Values», *Contemporary Sociology*, 31(2) (2002), pp. 115-119.

31. INSALUD Área 9: *Programa de atención a la mujer*, Madrid, 1999.

32. TIZÓN, Jorge L.: «La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante», *Atención Primaria*, 26(2) (2000), pp. 101-117. VELASCO, Sara: *Atención Biopsicosocial al malestar...*, op. cit.

5. CONCLUSIONES

El método BPS de subjetividad y género y el modelo de intervención evaluados son aplicables y sostenibles en los CS, siempre y cuando se alcance una masa crítica de profesionales formados en el llamado Nivel 2.

Se han encontrado evidencias de que los diversos diagnósticos que se manejan como malestar de las mujeres son susceptibles de un mismo abordaje psicosocial con efectividad y de que los factores psicosociales intervienen en alguna medida en la causalidad de los síndromes del malestar, ya que al actuar sobre ellos se producen apreciables mejorías clínicas.

El método es útil para que se identifiquen en las consultas de AP los factores psicosociales potencialmente explicativos de género y proporciona instrumentos para cambiar el efecto sobre la salud de esos factores psicosociales. Así mismo, se ha mostrado efectivo en una media de 76,3% de las mujeres y el 90,1% de los hombres tratados y ha mejorado los indicadores de hiperutilización de servicios, pruebas complementarias y consumo de fármacos, además de mejorar la satisfacción de pacientes y sanitarios/as.

Son puntos críticos la escasez de tiempo disponible en las consultas de AP y el nivel crítico de formación necesaria para aplicar el método con buenos resultados.

Agradecimiento a las personas bajo cuya responsabilidad ha sido posible llevar a la práctica la intervención y evaluación en Murcia: Instituto de la Mujer de la Región de Murcia, Paloma Recio y Griselda Frapolli; Servicio Murciano de Salud, Concha Escribano, José Antonio Alarcón, Francés Molina, Maite Martínez Ros, Antonio Martínez, Susana Blanco, psicólogos/as de Salud Mental, Juan Carlos Sánchez, Sergio Canovas, Rossana López Sabater, Antonio López, y profesionales de atención Primaria que han colaborado con mucho trabajo voluntario y entusiasta, Encarnación Abril, M^a Isabel Alcázar, Carmen Alfonso, Rosario Arnau, Josefa Belando, Ana Matilde Calvo, M^a Vicenta Candela, M^a Carmen Carrión, M^a Dolores Cuevas, M^a Carmen Elgarresta, Natividad Fernández, Virtudes Ferrer, Bernabé García, Julián García, M^a José García, José Luís Guirao, Luisa Pilar León, José Antonio Marín, Amalia Martínez, Encarna Martínez, M^a José Martínez, Rosa M^a Martínez, Lourdes Matas, Carmen Nieves Orcajada, Ascensión Parra, M^a Carmen Pérez, Remedios Piqueras, José Antonio Piqueras, Beatriz Ridaura, M^a Dolores Ríos, María Ros, M^a Fuensanta Salinas, Elena Sánchez, M^a Isabel Sánchez, Maria Sánchez, M^a Carmen Sandoval, Milagros Tomás, Pilar Valera.

ISABEL MORGAN Y EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN SOBRE VACUNAS DE LA UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS (1940-1960): UN MODELO DE ANÁLISIS DE LA TRAYECTORIA DE UNA MUJER EN EL MUNDO DE LA CIENCIA¹

ROSA BALLESTER
Universidad Miguel Hernández (Elche)

1. INTRODUCCIÓN

La situación actual de las mujeres en el sistema de ciencia y tecnología europeo-occidental es un tema candente y de interés creciente como se pone de manifiesto, por ejemplo, por el hecho de que la Red Europea de Evaluación de la Tecnología (ETAN: European Technology Assessment Network) creara un Grupo de trabajo sobre las mujeres y la ciencia, que elaboró un interesante informe² cuyo objetivo era promover la excelencia mediante la integración de la igualdad entre géneros. Su significado es realmente importante porque supone no sólo poner de relieve la infrarrepresentación de las mujeres en el ámbito de la ciencia, la tecnología y el desarrollo, sino introducir, de hecho, el tema del género en la política científica de los estados de la UE. En cuanto a los contenidos de la publicación, además de examinar la situación de la mujer en estos ámbitos, se formulan recomendaciones específicas a una amplia gama de organismos entre los que se incluyen la Comisión, el Parlamento Europeo, los estados miembros y las organizaciones que forman, financian y emplean a las personas consagradas a la investigación científica. En el horizonte de este informe del año 2001, se preveía que el trabajo realizado por el Grupo de expertas de ETAN desempeñara un papel importante en el desarrollo y la ejecución de las políticas a favor

1. Trabajo realizado en el marco del proyecto HUM2005-07378-C03-01/HIST, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia.

2. EUR 19319: *Política científica de la Unión Europea: promover la excelencia mediante la integración de la igualdad entre géneros*, Luxemburgo, Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas, 2001.

de las mejores prácticas, con el objeto de contribuir a que Europa saque todo el partido posible a sus recursos humanos en investigación.

En el ámbito del Estado español, es destacable el trabajo realizado por la Comisión «Mujeres y Ciencia», creada en 2001 en el seno del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, que ha dado lugar a una serie de publicaciones e informes que recogen los resultados de los trabajos llevados a cabo por sus integrantes, entre los que destacan la elaboración de algunos informes³ y la aparición de un número monográfico de la revista *Arbor*⁴. La participación de investigadoras del CSIC en foros internacionales sobre esta temática es también cada vez mayor, como se pone de relieve en el reciente documento preparado por Álvarez Marrón⁵. La página web elaborada por este grupo de trabajo del CSIC es un excelente lugar donde poder seguir el tema de forma actualizada⁶.

El objetivo que pretendemos alcanzar en este trabajo es ofrecer algunas de las claves interpretativas que nos ayuden a entender esta todavía escasa presencia (cuantitativa y, sobre todo, cualitativamente) de mujeres en el ámbito de la ciencia y la técnica, recurriendo a la historia como instrumento de análisis de problemas actuales. Y para ello vamos a hacer referencia especial a la figura de Isabel Morgan, como ejemplo paradigmático, dentro de la investigación básica y experimental sobre la vacuna contra la poliomielitis. El interés del tema viene dado también, de forma adicional, porque aunque, como veremos más tarde, la historiografía de la enfermedad poliomielítica es abundante, no existen trabajos específicos desde la perspectiva que queremos contemplar aquí.

Previamente, sin embargo, parece obligado comentar una serie de cuestiones que son necesarias para poder contextualizar nuestro análisis. Nos referiremos, en primer lugar, al entramado ideológico que aparece en los discursos que la biología y la medicina hicieron, durante siglos, sobre la naturaleza femenina y, en segundo lugar, nos acercaremos a la realidad de alguna de las mujeres que se acercaron al mundo de la ciencia en el periodo de la Revolución Científica que nos ayuden a comprender mejor la situación de Isabel Morgan, tres siglos más tarde.

2. EL FUNDAMENTO BIOLÓGICO DE DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES ENTRE HOMBRES Y MUJERES Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LAS TRAYECTORIAS PROFESIONALES

Desde la década de 1980, y aún con anterioridad, el número de trabajos que se han ocupado de la construcción de la naturaleza femenina, desde la biología y la medicina, y su relación con la actividad científica profesional a lo largo de

3. PÉREZ SENDEÑO, Eulalia: *La situación de las mujeres en el sistema educativo de ciencia y tecnología en España y su contexto internacional*, Madrid, MEC, 2003.

4. FERNÁNDEZ VARGAS, Valentina; SANTESMASES, María Jesús: «Ciencia y tecnología en el CSIC: una visión de género», *Arbor*, CLXXII (2002), pp. 455-677.

5. ÁLVAREZ MARRÓN, Joaquina: *Informe-Resumen sobre el Congreso Internacional «Women in Science: the way forward» celebrado en Heidelberg, del 9 al 11 de mayo de 2007*, Madrid, CSIC, 2007.

6. http://www.csic.es/mujer_ciencia.do (consultado el 13 de diciembre de 2007).

la historia es extraordinariamente elevado e imposible de reproducir aquí en su integridad. Es suficiente mencionar algunos de los últimos estudios realizados en España que, además tienen el interés añadido de recoger de forma sistemática la bibliografía existente y ofrecer una síntesis de los principales hallazgos que en este terreno se han realizado⁷.

Como es bien sabido, la aparición de la Ginecología como especialidad médica con todos los criterios que las ciencias sociales consideran indispensables para su institucionalización (enseñanza reglada, instituciones profesionales, monopolio de una parcela del saber y la práctica) tuvo lugar en el siglo XIX, aunque con anterioridad, desde los inicios de la biología y la medicina en el área Occidental en la Grecia Clásica, se contaba con abundante material empírico y con hipótesis y modelos sobre el funcionamiento del cuerpo femenino.

Muy sucintamente, se puede hablar de la existencia de tres grandes modelos en los textos científicos: los modelos de la inferioridad, de la diferencia y de la ciencia positiva, sucesivamente. El primero, vigente desde el siglo V a.C. hasta el periodo renacentista, subraya diferencias cualitativas entre los dos sexos: la mujer, fría y húmeda según la teoría humoral vigente, era biológicamente inferior al varón desde la fecundación, debido a que poseía un exceso de fluidos y por la influencia del útero en todo su organismo (uterocentrismo). Esta inferioridad biológica hace que en ella predominen los aspectos instintivos y no los racionales. A esta imagen, de procedencia aristotélico-galénica, la escolástica medieval añade la connotación negativa de pecadora: Eva incitó a pecar a Adán y su subordinación deriva de ese pecado. El segundo periodo (siglos XV a XVIII), en el mundo moderno⁸ y, especialmente, en el periodo ilustrado, la naturaleza femenina es precisada con gran detalle y la razón fija unas pautas que pueden verse, por ejemplo, en los artículos específicos de *L'Encyclopédie* de Diderot y D'Alambert, en los escritos del conde de Buffon, en la obra de Rousseau y, por supuesto, en los textos médicos. Nos encontramos aquí con dos aspectos claramente diferenciados: por un lado, se asiste a un interés creciente por el tema de la mujer y ya no se habla de inferioridad sino de complementariedad de la inteligencia del hombre, y de la sensibilidad y belleza de la mujer, más

7. BOLUFER, Mónica: *Mujeres e Ilustración: la construcción de la feminidad en la España del siglo XVIII*, València, Institució Alfons el Magnànim, 1998; MAGALLÓN, Carmen: *Pioneras españolas en las ciencias. Las mujeres del Instituto Nacional de Física y Química*, Madrid, CSIC, 1999; MIQUEO, Consuelo et al. (eds.): *Perspectivas de género en salud*, Madrid, Biblioteca Nueva-Minerva, 2001; JUFRESA, Montserrat (coord.): Dossier: «Mujer y medicina en el Mundo Antiguo», *Arenal*, 7 (2000), pp. 267-358; CABRÉ, Montserrat y ORTIZ GÓMEZ, Teresa (eds.): *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*, Barcelona, Icaria, 2001; ORTIZ GÓMEZ, Teresa: «El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico de la mujer», en Elvira Ramos (ed.): *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales- Instituto de la Mujer, 2002, pp. 29-47. ORTIZ GÓMEZ, Teresa: *Medicina, Historia y Género. 130 años de investigación feminista*, Oviedo, KRK, 2006; ORTIZ, Teresa: «Las mujeres en las profesiones sanitarias», en Isabel Morant (dir.): *Historia de las mujeres en España y América Latina*, Madrid, Cátedra, 2006, pp. 523-546; DELGADO ECHEVARRÍA, Isabel: *El descubrimiento de los cromosomas sexuales*, Madrid, CSIC, 2007.

8. MACLEAN, Ian: *The Renaissance notion of woman*, Cambridge, Cambridge University Press, 1980.

cercana a la naturaleza. Pero, por otro lado, dicha toma de conciencia invalida a ésta última: su debilidad biológica y su sensibilidad externa la incapacitan para la vida pública y profesional, para la instrucción avanzada. La mujer está hecha para el interior, para llevar una vida protegida, pero dependiente («dulce sujeción» de la que hablaba el enciclopedista Virey). Su perspectiva es el matrimonio y la maternidad, su anatomía y su fisiología están claramente destinadas a esta finalidad.

A lo largo del siglo XIX y los inicios del XX la «naturaleza femenina», tradicionalmente definida, resistió mal los avances de las ciencias positivas. Por ejemplo, la teoría evolucionista de Charles Darwin chocaba abiertamente con la idea de una naturaleza femenina inmutable y universal, y en el mundo de la antropología física y de la medicina comenzó a gestarse un fuerte debate sobre estas cuestiones de desigualdades y diferencias físicas. De este modo, fue decayendo paulatinamente el discurso de la debilidad observándose, por ejemplo, que conforme mejoraban las condiciones de vida y los cambios técnicos en el embarazo y parto – procesos fisiológicos que eran los responsables del incremento importante de morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas, en especial, la temida «fiebre puerperal»– la esperanza de vida para las mujeres era más alta que en el caso de los hombres; las medidas craneométricas, o las teorías sobre las funciones cerebrales, tampoco permitían invalidar el cerebro femenino. En el área de la patología, la histeria, enfermedad «típicamente femenina», se define en términos psiquiátricos como una afección que afectaba a hombres y mujeres, y no debida a la influencia del útero sobre el resto de los órganos, aparatos y sistemas, característica que daba el perfil peculiar a la fisiología y fisiopatología de las mujeres, como se había considerado con anterioridad.

A partir de esos momentos y coincidiendo, como hemos dicho, con la aparición de la Obstetricia y Ginecología y con el desarrollo científico-tecnológico de muchas áreas biomédicas, se asiste a un importante despegue de conocimientos y de aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas de gran relevancia y prestigio social, sobre todo en el área de la reproducción. Pese a ello, aún hacia 1960 es posible encontrar elementos residuales de estos desfavorables elementos ideológicos en los cuales se pretende justificar, con argumentos científicos o pseudo científicos, determinadas formas de entender la sociedad y el papel que la mujer debía desempeñar en ella⁹.

3. CIENTÍFICAS PIONERAS EN LA HISTORIA. LAS MUJERES EN LAS ACADEMIAS CIENTÍFICAS. EL CASO DE MARÍA WINKELMANN (1670-1720)

A lo largo del siglo XVII, como es bien sabido, el largo proceso de tradición y cambio, de polémicas entre antiguos y modernos en lo tocante a la nueva visión

9. *Vide*, por ejemplo, el capítulo consagrado a la ginecología psicósomática en el influyente tratado de BOTELLA LLUSIÀ, José: *Tratado de Ginecología. Tomo I. Fisiología Femenina*, Barcelona, Ed. Científico Médica, 1968.

de la naturaleza por parte de la ciencia y a un cambio sustancial en objetivos y métodos, desembocará en lo que se ha rotulado como «Revolución Científica». Pese a todos los matices que a este proceso se han dado por parte de corrientes historiográficas críticas como el constructivismo social, puede decirse que una nueva visión del mundo produjo un despliegue fundamental para el desarrollo de la ciencia y la técnica occidentales. En gran medida, los núcleos de mayor relevancia en esta historia estuvieron fuera del ámbito universitario, excesivamente rígido y dogmático, creciendo en el seno de instituciones creadas *ex profeso*, como la «Royal Society» londinense (1662), La «Académie des Sciences» francesa (1666) o la «Berliner Akademie des Wissenschaft» (1700).

Las mujeres, sin embargo, no llegaron a pertenecer como miembros de estas instituciones hasta tres siglos más tarde, en pleno siglo XX. La Royal Society admitió en 1945 a dos científicas, Marjory Stephenson y Kathleen Lonsdale, y la prestigiosa academia parisina no contó entre sus miembros de derecho a una mujer hasta 1979. En el caso de España, todavía habría que esperar a 1987, con la entrada de María Cascales en la Academia de Farmacia y de Margarita Salas en la Real Academia de Ciencias Físicas, Exactas y Naturales, en 1988¹⁰. Es sobradamente conocida la historia de Marie Curie, la primera persona a quien se concedieron dos Premios Nobel, que fue rechazada en su tiempo para entrar en la academia francesa, pese a su enorme prestigio intelectual¹¹.

Un ejemplo paradigmático de esta situación ha sido estudiado muy en profundidad por Londa Schiebinger¹². Se trata de alemana María Winkelmann, quien pidió el ingreso en la academia berlinesa en 1712. María, que había nacido en 1670, cerca de Leipzig, era hija de un pastor luterano quien cuidó su educación y fue responsable de su temprano interés por la astronomía. Hay que tener en cuenta que, en aquel momento, gran parte de la instrucción en los aspectos prácticos de esta actividad científica corría a cargo de artesanos e ingenieros que construían instrumentos para la observación astronómica, aunque también hay que decir que tanto en esta área, como en otras relativas a la nueva ciencia, fueron en realidad el resultado de la fusión de una triple tradición: la práctica, ya citada, la tradición humanística y la lógico-matemática propia del escolasticismo aristotélico medieval. El astrónomo era tanto un teórico como un técnico. En cualquier caso, el desarrollo científico fue posible por la nueva y positiva valoración de la técnica frente a la situación anterior, que separaba claramente entre la esfera de saberes teóricos y la de los aspectos aplicados, despreciando a estos últimos como «artes serviles» propias de estamentos sociales inferiores.

En este contexto, hubo no pocas mujeres trabajando en talleres y en ellos sus contribuciones – como las de los varones– dependieron menos de la lectura de

10. <http://www.fmujeresprogresistas.org/visibili3.htm> (consultada el 20 de diciembre de 2007).

11. ALIC, Margaret: *Hypatia's Heritage. A history of Women in Science from Antiquity to the XIXth Century*, Boston, Beacon Press, 1986.

12. SCHIEBINGER, Lorna: «María Winkelmann at the Berlin Academy. A turning point for women in science», *Isis*, 78 (1987), pp. 174-200.

libros y más de las innovaciones prácticas en el cálculo o la observación. Sabemos que la participación de las mujeres entre 1650 y 1720 fue alrededor de un 14% entre las personas que realizaban observaciones astronómicas, sin duda la cifra más alta de toda Europa. Sin embargo, la exclusión de las mujeres de las universidades acrecentaba las diferencias en cuanto al nivel de instrucción entre uno y otro sexo. De haber nacido hombre, María muy probablemente hubiera continuado sus estudios en Leipzig o Jena, como lo hizo su propio marido, el también importante astrónomo Gottfried Kirch.

La exclusión de las mujeres de las universidades, aunque limitaba su participación en la astronomía, no las excluía enteramente puesto que, en gran medida, las grandes discusiones científicas en esos momentos se produjeron en lugares diferentes de la institución universitaria, como, por ejemplo, los observatorios astronómicos privados, cuya puerta les era abierta habitualmente a través de sus padres o maridos, como fue el caso de María. Gracias a ello pudo, por ejemplo, descubrir en 1702 un cometa hasta entonces desconocido y de cuya prioridad no hay duda ninguna, aunque para dar publicidad a su hallazgo tuvo que utilizar el nombre de su marido. Pese a que más adelante publicó algunos trabajos con su propio nombre sobre diversos temas y participó en la reforma del calendario de la Academia berlinesa, no consiguió que se le aceptara en dicha institución cuando intentó ingresar, en 1712, ocupando la plaza de su marido, fallecido años antes. María luchó no sólo por obtener unos honores, más que merecidos, sino para poder vivir de su trabajo. En la introducción de una de sus obras científicas, citando textos bíblicos comentaba: «El sexo femenino, como el masculino, posee los talentos de la mente y el espíritu que Dios les ha dado. Con esfuerzo y estudio, una mujer puede llegar a ser tan hábil como un hombre en la observación y conocimiento del firmamento»¹³.

Como en el caso de María, la ausencia de representación femenina en las academias científicas no puede ser entendida simplemente por la inexistencia de mujeres con un nivel científico suficiente, sino que la exclusión fue la resultante de una política llevada a cabo conscientemente y que se expresaba de forma explícita, en los estatutos fundacionales de dichas instituciones. Más adelante, la profesionalización de la actividad científica hizo desaparecer los talleres artesanales a los que hacíamos referencia arriba, el único lugar posible de formación de las mujeres en estas actividades científico-técnicas, y con la creciente separación entre la esfera privada familiar y el espacio público y profesional fueron éstas confinadas al rol doméstico durante muchos años, prácticamente hasta el siglo XX. De hecho, con los cambios en la estructura social de la ciencia y su enseñanza, la participación de las mujeres cambió cuando comenzaron a ser formalmente admitidas en las universidades a partir de 1860 en Gran Bretaña y una década más tarde en Francia y Alemania. Pero también se abría una segunda opción y era la de continuar participando en el trabajo científico de padres, hermanos o maridos, como ayudantes de investigación invisibles al exterior, sin

13. *Ibid.*, p. 177.

dejar el ámbito doméstico. Esta opción, no infrecuente, vendrá a ser, de algún modo, el reflejo del legado histórico de la tradición artesanal.

Un ejemplo del proceso de incorporación de las mujeres a los estudios universitarios en medicina es el caso español, estudiado magníficamente por Teresa Ortiz¹⁴ y por Carmen Álvarez Ricart¹⁵, quien realizó su tesis doctoral sobre este tema (en aquel momento, 1969, totalmente inédito) bajo la dirección de J.M. López Piñero en la Universidad de Valencia. Estos trabajos nos han permitido conocer de qué modo se fue produciendo dicha incorporación en España. Con un cierto retraso con respecto a otros países europeos, fue en la década de 1880-1890 cuando aparecen las primeras mujeres en carreras de medicina en la Universidad de Barcelona. Álvarez Ricart, haciendo un seguimiento del periodismo médico de la época, ha podido contrastar las opiniones de los médicos con respecto de sus compañeras que fueron, en general, negativas. También Consuelo Flecha recoge el proceso en detalle. La presión social exigía una mayor capacidad intelectual para las mujeres que se atrevían a dar ese paso. Como ejemplo, el testimonio de Margarita Nelken en 1922: «Mientras que en los estudiantes varones cabe todo, entre nuestras estudiantes no caben hoy día más que aplicadas, muy aplicadas, de ahí que puede verse con qué brillantez cursan los estudios más áridos»¹⁶. Las argumentaciones utilizadas en apoyo de los que se oponían a la entrada de las mujeres en el mundo de la profesión médica— no así en la de enfermería, considerada tradicionalmente como una profesión «adecuada» a la condición femenina— carecían de fundamentos rigurosos y estaban relacionadas con problemas de posibles competencias profesionales y con el temor de que esta situación actuara como revulsivo del papel de la mujer en la sociedad. «La mujer, absorbida hasta ahora por el hogar doméstico, al verse dueña de la libertad hace lo que los pueblos ignorantes y mal aconsejados cuando se sacuden la opresión: malversan esta libertad y la convierten en motivo de descrédito»¹⁷.

Pese a todo, el número de mujeres en la carrera de medicina fue creciendo a lo largo del siglo XX. En España, en 1920, era muy escaso el porcentaje de estudiantes de medicina del sexo femenino (solo un 1%). Y una década más tarde, sólo 50 médicas ejercían en todo el estado. Sin embargo, a partir de los años 1970, el ascenso fue imparable, siendo en 1990 un 50% del total de estudiantes de medicina y un 19% de los profesionales que ejercían la medicina, con una tendencia al alza, existiendo una clara asociación entre grado de desarrollo so-

14. CABRÉ, Montserrat y ORTIZ GÓMEZ, Teresa (eds.): Op.cit.; ORTIZ GÓMEZ, Teresa: *Medicina, Historia y Género...*, op.cit.; ORTIZ, Teresa: «Las mujeres en las profesiones sanitarias», op.cit.

15. ALVAREZ RICART, Carmen: *La mujer como profesional de la medicina en el siglo XIX*, Barcelona, Anthropos, 1988.

16. NELKEN, Margarita: *La condición social de la mujer en España*, Barcelona, Minerva (Reprint: 1975), p. 54.

17. Cfr. ALVAREZ RICART, Carmen: «Algunas opiniones sobre el estudio de la medicina por la mujer durante el siglo XIX en España», *Actas del III Congreso Nacional de Historia de la Medicina*, Valencia, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1969, p. 36.

cial y económico y participación de las mujeres. Otra cosa son los problemas a los que aludíamos al principio y que no han desaparecido del todo.

Vamos ahora a acercarnos a un caso contemporáneo que pensamos puede ser ilustrativo y motivo de reflexión.

4. EL PROBLEMA DE LA POLIOMIELITIS Y LOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN. LA FIGURA DE ISABEL MORGAN (1911-1996)

Las décadas centrales del siglo XX asistieron en España a un recrudecimiento de las cifras de morbilidad y mortalidad por poliomielitis y, por tanto, de sus temidas secuelas. La crisis epidémica más importante fue la de 1959, cuando se declararon oficialmente 2132 casos de poliomielitis paralítica. Esta situación no fue, como es bien sabido, un patrimonio exclusivo de España o de los países mediterráneos: los países nórdicos, Centroeuropa o Gran Bretaña¹⁸ padecieron también esta enfermedad, por no hablar de Estados Unidos, cuyas epidemias de polio han sido especialmente bien estudiadas, sin duda por la inmensa repercusión social y mediática que allí tuvieron, a lo que no fueron ajenos dos hechos: que el propio presidente, F.D. Roosevelt, padeciera la enfermedad y, en segundo término, por tratarse del país en el cual se crearon las vacunas que, finalmente, se extendieron al resto del mundo¹⁹. De hecho, se habla de dos tipos de experiencias diferentes según las diferentes tradiciones científicas, en relación con los enfoques de la investigación sobre la enfermedad en Europa y en USA.

La historia reciente de la poliomielitis ha estado claramente influida por la estrategia, promovida por la OMS, de la erradicación de la enfermedad para el año 2000. La Global Polio Eradication Initiative constituye, en sí misma, un hito histórico por tratarse de la campaña sanitaria más amplia, en el ámbito internacional, que se haya desarrollado nunca y, de hecho, se considera como un modelo a seguir en otro tipo de inmunizaciones como las relativas al VIH. Por otro lado, la historia de la poliomielitis ha sido contemplada frecuentemente como un ejemplo paradigmático de conquista de la Humanidad frente a la enfermedad, con el poder de la ciencia. Desde 1970, sin embargo, ya habían comenzado los historiadores a cuestionar esta imagen idílica y a abordar, de

18. Citamos, por su interés, el reciente trabajo de: LINDNER, Ulrike y BLUME, Stuart: «Vaccine innovation and adoption: Polio Vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany, 1955-1965», *Med. Hist.*, 50 (2006), pp. 425-446, que tiene, además, la ventaja de recoger gran parte de la bibliografía europea sobre el tema, mucho más escasa que la publicada en Estados Unidos. En dicho trabajo se considera fundamental la realización de análisis comparados entre diferentes países con el objeto de estudiar las respuestas nacionales, muchas veces muy diferentes, ante una misma innovación científica como es el desarrollo de una vacuna.

19. Entre los más significativos: WILSON, Don: «A crippling fear: experiencing polio in the era of FDR», *Bull.Hist.Med.*, 72 (1988), pp. 464-495. ROGERS, Naomi: *Dirt and disease: Polio before FDR*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1992; GOULD, Anthony: *A summer plague: polio and its survivors*, New Haven/ London, Yale University Press, 1995; BLACK, Karl: *In the shadow of Polio: a personal and social history*, Reading, Addison-Wesley, 1996; SASS, Edmund: *Polio's legacy. An oral history*, Lanhan/ London, University Press of America, 1996. SHELL, Marc: *Polio and its aftermath. The paralysis of culture*, Cambridge, Harvard U.P., 2005.

forma rigurosa y crítica, el proceso complejo del origen, desarrollo y erradicación de la enfermedad, incluyendo las disputas científicas y los conflictos de intereses científicos, políticos y económicos. Desde la historia de las vacunas, también se aprecian enfoques interesantes que ayudan a enmarcar los aspectos específicos relativos a la parálisis infantil²⁰. Sin embargo, solamente hay menciones tangenciales, desde el punto de vista de las relaciones de género, en el caso de los grupos de investigación que trabajaron de forma muy intensa para poder llevar a cabo una prevención eficaz frente a la temida enfermedad.

De todos los grupos de investigadores que, en varios lugares (Suecia, Alemania, Francia, Gran Bretaña o USA), estaban trabajando para obtener una vacuna antipoliomielítica, el grupo mejor posicionado para poder desarrollar una vacuna realmente efectiva contra la poliomielitis era el que trabajaba en la Johns Hopkins University. Las cabezas del mismo fueron David Bodian, Howard Howe e Isabel Morgan. En los años cuarenta, miembros de este grupo habían podido determinar cuál era la ruta de entrada de los poliovirus, la vía digestiva, mediante la realización de una serie de ensayos experimentales que acabaron de romper con la hipótesis explicativa vigente que indicaba que era la vía respiratoria la puerta de entrada de los gérmenes. El tema no era banal porque las medidas preventivas y las estrategias terapéuticas eran diferentes en uno u otro caso. Estos investigadores fueron también los primeros en predecir que, al menos, existían tres tipos serológicos de virus y mostrar, junto a otra investigadora, Dorothy Horstman, que en el desarrollo de la enfermedad había una breve pero fundamental «fase virémica», en la cual el virus se expandía, a través del torrente sanguíneo, hacia el sistema nervioso central²¹.

Todavía más allá, las investigaciones de este grupo introdujeron en los trabajos experimentales a una nueva especie, el chimpancé. Se gastaron muy importantes sumas de dinero para comprar y mantener este tipo de primates, y los resultados fueron espectaculares ya que el modelo experimental con estos animales mostraba similitudes con el modelo humano de transmisión de la enfermedad.

Isabel comenzó a trabajar en el seno de este grupo de la Johns Hopkins en 1944 en Baltimore. Era hija de un biólogo muy importante, Thomas Hunt Morgan (1866-1945), un genetista que estudió la historia natural, zoología y macromutación en la mosca de la fruta *Drosophila melanogaster*. Sus contribuciones científicas más importantes fueron en el campo de la Genética. Fue galardonado con el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1933 por la demostración de que los cromosomas son portadores de los genes. Gracias a su trabajo, la *Drosophila melanogaster* se convirtió en uno de los principales organismos modelo en Genética.

20. MOULIN, Anne-Marie (ed.): *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1996.

21. OSHINSKY, David: *Polio. An American History. The crusade that mobilized the Nation against the 20th Century most feared disease*, Oxford, Oxford University Press, 2005.

Isabel Morgan se graduó en la Universidad de Stanford e hizo su doctorado en bacteriología en la Universidad de Pennsylvania, antes de unirse al grupo de investigadores del Rockefeller Institute. Tenía una formación muy sólida en técnicas inmunológicas y virología de la polio y la encefalomiélitis. Uno de sus maestros, Peter Olitsky, la describía como «una mujer de gran creatividad que no se conforma con aceptar los caminos ya trillados de la investigación sino que busca caminos nuevos, fundamentando sus hipótesis con evidencias científicas sólidas»²².

El talento que todos atribuían a Isabel no sirvió para evitar situaciones de discriminación por el hecho de ser mujer. Su salario en el Rockefeller Institute era más bajo que el de sus colegas masculinos y las becas y premios iban invariablemente para ellos. Como testigo coetáneo, el investigador Tom Rivers relataba cómo «pocas mujeres que habían obtenido el grado de doctor y que trabajaron en el Instituto siguieron más allá»²³. Por eso, el caso de Morgan llamaba la atención porque su camino era un camino de resultados y éxitos en investigación, pese a los problemas citados.

En Johns Hopkins, la investigadora inició una serie de experimentos para inmunizar monos frente a la polio mediante una vacuna de virus inactivados, muertos mediante formaldehído. Además, elaboró una técnica propia que permitía el cultivo de los poliovirus en el sistema nervioso (en cerebro y médula espinal de chimpancés). Los resultados fueron muy prometedores. Los simios vacunados eran refractarios a la enfermedad, a pesar de las altas concentraciones de virus inyectados vivos. La trascendencia de la investigación de Morgan fue fundamental para desarrollar una de las dos líneas de trabajo que condujeron a la virtual desaparición de la parálisis infantil del planeta. El uso de este tipo de inmunización, con la que Jonas Salk, años más tarde, alcanzaría fama mundial al lograr la primera vacuna realmente efectiva contra la poliomielitis y ensayarla a gran escala en USA, era inédita y las primeras hipótesis sobre su efectividad preventiva y los primeros experimentos fueron obra de Isabel.

Pero el camino para la investigadora finalizó aquí. ¿Por qué no fue más allá cuando la parte más difícil de su carrera profesional parecía superada y estaba a las puertas de un éxito evidente? Para entenderlo hay que rastrear en su vida personal. En 1949, en el cénit de su carrera, Isabel dejó el Johns Hopkins al casarse con Joseph Mountain, un coronel de la Air Force que trabajaba en Nueva York. La pareja se mudó a Westchester donde ella, que en aquel momento tenía 36 años, pudo obtener trabajo en un laboratorio infinitamente más modesto del que procedía y cuyos detalles son conocidos a través de la correspondencia de su colega Peter Olitsky con el director del citado laboratorio, quien tenía un nivel muy inferior al de Morgan, y al que Olitsky recomendaba se apoyara en el trabajo de Isabel para llegar a alcanzar niveles más altos en la investigación.

22. OLITSKY, Peter: «Research: Award Nomination for Isabel Morgan», *Peter Olitsky papers*, Philadelphia, American Philosophical Society, 1954. Cfr. OSHINSKY, David: Op. cit., p. 131.

23. BENINSON, Saul: *Tom Rivers: Reflections on a life in Medicine and Science: an oral history memory*, Cambridge Mass., MIT, 1967.



Isabel Morgan es la séptima comenzando por la derecha.

Parte de la historia posterior nos es desconocida, por tratarse de una historia estrictamente privada. De forma paulatina, nuestra investigadora dedicó más y más tiempo a su trabajo en el ámbito doméstico, sobre todo por la responsabilidad que recayó sobre ella cuando decidió ocuparse del hijo pequeño de su marido quien padecía una severa discapacidad. Los testimonios de David Bodian, uno de los componentes de su prestigioso grupo de Baltimore, como hemos comentado antes, permiten entender el significado de este viraje en la vida de Isabel y el contexto en el que se produjo: «Ibby (Isabel) amaba la ciencia pero todavía amaba más a su nueva familia. Sus compañeros contemplaron esta decisión como una gran pérdida para el desarrollo de las investigaciones de laboratorio, pero todo el mundo lo entendió. Una mujer como Ibby tenía por delante una gran decisión que tomar y la tomó»²⁴. En aquellos momentos, posiblemente, lo que la sociedad no hubiera entendido es que la decisión hubiera sido proseguir con su carrera.

Tras la marcha de Morgan de la Johns Hopkins nadie había seguido sus investigaciones. Bodian, por ejemplo, estaba más interesado en la anatomía pato-

24. OSHINSKY, David: Op.cit., p. 132.

lógica de la polio que en el desarrollo de una vacuna, y los otros investigadores del grupo no parecían tener las mismas cualidades y energía.

Si las circunstancias históricas hubieran sido otras, hay pocas dudas sobre el hecho de que, en la carrera por obtener una vacuna contra la poliomielitis con gérmenes inactivados, Morgan hubiera logrado alcanzar la meta en primer lugar, por sus cualidades, por su trabajo y también porque trabajaba en el laboratorio más importante y bien dotado para hacerlo. Morgan poseía los conocimientos, las técnicas y los recursos económicos para llevar a cabo con éxito su vacuna. Sólo había un obstáculo que podía haberla frenado: su resistencia a realizar ensayos clínicos con seres humanos hasta no estar completamente segura de su inocuidad.

Su vida, por otro lado, conoció también la tragedia. Su querido hijastro Jimmy murió en un accidente aéreo sobre la ciudad de Nueva York, mientras volvía a su casa desde su escuela tras unas vacaciones de Navidad. Morgan dejó definitivamente su trabajo y ya nunca volvería a la investigación. La única actividad conocida fue cursar un master en bioestadística en la Universidad de Columbia y su papel como asesora científica del prestigioso Sloan-Kettering Cancer Institute en Manhattan. Murió en 1996. Su busto está esculpido, entre los de otros catorce investigadores (es la única mujer presente allí) que participaron en la lucha contra la poliomielitis, en el «Polio Hall of Fame» en el Roosevelt Warm Spring Institute for Rehabilitation en la ciudad norteamericana de Georgia.

LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS COMO RECURSO EN LOS ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE LAS MUJERES. IMPORTANCIA EN NUESTRO CONTEXTO

ENRIQUE PERDIGUERO
BEATRIZ TOSAL
Universidad Miguel Hernández (Elche)

1. INTRODUCCIÓN

Existen diferencias entre mujeres y hombres tanto en los patrones de mortalidad y morbilidad y en la percepción de los síntomas como en la gestión de sus problemas de salud. En el caso de la utilización de servicios sanitarios, se ha constatado que las mujeres son más frecuentadoras que los hombres de todos los servicios de salud, pero especialmente de los servicios de atención primaria¹.

Se han propuesto múltiples explicaciones para esta situación, entre las que se encuentran, por ejemplo, la mayor consciencia que sobre la salud tienen las mujeres, lo que les conduce a la utilización de recursos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, la influencia de su rol doméstico como cuidadoras informales que las convierte en más 'expertas' en los temas relacionados con la salud, su mayor sensibilidad ante la presencia de determinados signos y síntomas, su mayor morbilidad relacionada con su

1. GREEN, C.A.; POPE, C.R.: «Gender, psychosocial factors and the use of medical services», *Social Science and Medicine*, 48 (1999), pp. 1363-1372. BERTAKIS, K.D.; AZARI, R.; HELMS, L.J.; CALLAHAN, E.J.; ROBBINS, J.A.: «Gender differences in the utilization of health care services», *Journal of Family Practice*, 49 (2000), pp. 147-152. REDONDO, A.; GUALLAR, P.; BANEGAS, J.R.; RODRIGUEZ, E.: «Gender differences in the utilization of health-care services among the older population of Spain», *BMC Public Health*, 6 (2006), p. 155 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1569836>).

posición social y los roles sociales que desempeñan, o su mayor facilidad para aceptar ayuda y cumplir con los tratamientos prescritos².

Estas diferencias que obedecen, como podemos observar, a múltiples causas de tipo biológico, psicológico, social y cultural, han sido evidenciadas, también, en cuanto al tipo de instancias terapéuticas que se utilizan para resolver los problemas de salud. Existe consenso en la apreciación de que las mujeres son las mayores usuarias no sólo de los servicios sanitarios sino también de las medicinas alternativas y complementarias (a partir de este momento MAC) para resolver sus problemas de salud³.

La importancia que el fenómeno de las MAC tiene en los países más ricos ha reavivado el interés por el estudio del pluralismo asistencial y terapéutico⁴, y sirve para constatar que la resolución de los problemas de salud no es un asunto que se maneje sólo a través del uso de servicios sanitarios, lo que ha puesto en

-
2. Existe una extensa producción bibliográfica sobre las diferencias en la utilización de servicios sanitarios por parte de hombres y mujeres y las hipótesis sobre las causas de dichas diferencias. Entre los trabajos más frecuentemente citados se encuentran: CLEARY, P.D.; MECHANIC, D.; GREENLEY, J.R. «Sex differences in medical care utilization: an empirical investigation», *Journal of Health and Social Behavior*, 23 (1982), pp. 106-119. VERBRUGGE, L.M.: «Gender and Health: an update on hypotheses and evidence», *Journal of Health and Social Behavior*, 26 (1985), pp. 156-182. HIBBARD, J.H.; POPE, C.R.: «Another look at sex difference in the use of medical care: illness orientation and the types of morbidities for which services are used», *Women and Health*, 11 (1986), pp. 21-36. GIJSBERS VAN WIJK, C.M.T.; VAN VLIET, K.P.; KOLK, A.M.; EVERAERD, W.: «Symptom sensitivity and sex differences: a review of health surveys in the United States and the Netherlands», *Women and Health*, 17 (1991), pp. 91-124. ANSON, O.; PARAN, E.; NEUMANN, L.; CHERNICHOVSKY, D.: «Gender differences in health perceptions and their predictors», *Social Science and Medicine*, 36 (1993), pp. 419-427. MACINTYRE, S.; HUNT, K.; SWEETING, H.: «Gender differences in health: are things really as simple as they seem?», *Social Science and Medicine*, 42 (1996), pp. 617-624.
 3. KESSLER, R.C.; DAVIS, R.B.; FOSTER, D.F.; VAN ROMPAY, M.I.; WALTERS, E.S.; WILKEY, S.J.; KAPCHUCK, T.J.; EISENBERG, D.M.: «Long-Term Trends in the Use of Complementary and Alternative Medical Therapies in the United States», *Annals of Internal Medicine*, 135 (2001), pp. 262-268. *Complementary and Alternative Medicine in the United States*, Washington, The National Academies Press, 2005. JOHANNESSEN, H.; LÁZÁR, I. (eds.): *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*, New York-Oxford, Berhghan Books, 2006.
 4. Entendemos por pluralismo asistencial la existencia en una sociedad dada de diversas instancias asistenciales y terapéuticas que son utilizadas por sus miembros para resolver sus problemas de salud. La definición y valoración de los propios problemas de salud y su relación con el contexto social económico, político y cultural entra, por supuesto, en el ámbito de estudio del pluralismo asistencial. Según las tradiciones académicas el conocimiento que se tiene de este fenómeno es muy desigual. Los estudios generados por los propios profesionales sanitarios, por la sociología de la salud anglosajona, o por la psicología social, al adoptar en muchas ocasiones una perspectiva basada en el uso de servicios (habitualmente de las diferentes instancias asistenciales que ofrece la medicina científica-occidental) han dejado fuera de foco gran parte de lo que la población hace habitualmente para recuperar su salud. Y lo que es más importante, han transformado ciertos modelos de descripción del comportamiento de la enfermedad, en modelos 'prescriptivos' de tal comportamiento. PERDIGUERO, E.: «Una reflexión sobre el pluralismo médico», en G. Fernández Juárez (coord): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, Quito, Abya-Yala - Universidad de Castilla La Mancha, 2006, pp. 33-49. YOUNG, J.T.: «Illness behaviour: a selective review and synthesis», *Sociology of Health and Illness*, 26 (2004), pp.1-31. MACKIAN, S.; BEDRI, N.; LOVEL, H.: «Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us?», *Health Policy and Planning*, 19 (2004), pp. 137-146.

tela de juicio los modelos 'prescriptivos' de comportamiento frente a la enfermedad y ha colocado sobre el tapete el tema del pluralismo asistencial como fenómeno estructural, en circuitos académicos y sociales que no lo reconocían como tal⁵.

En todo caso las MAC sólo son la parte que recientemente se ha hecho más visible del pluralismo asistencial, junto con la automedicación -bien documentada en todas las encuestas de salud realizadas en los últimos años⁶-, aunque el concepto hace referencia a otras muchas instancias terapéuticas entre las que se encuentran desde las diversas formas de autoatención⁷, además de la automedicación, hasta el recurso a redes sociales más o menos formales como grupos de ayuda mutua o asociaciones de enfermos.

2. EL USO CRECIENTE DE LAS MAC

Las medicinas complementarias y alternativas han recibido en los últimos lustros una atención creciente, tanto en el entorno de la Unión Europea como en Norteamérica y Oceanía⁸. No sólo se han llevado a cabo estudios en los países más ricos, sino, también, otros centrados en otros ámbitos del planeta⁹. Este interés ha sido generado por la constatación del uso creciente de las MAC en las sociedades en las que la medicina científica-occidental se encuentra más desarrollada.

Uno de los principales obstáculos para medir la prevalencia de uso de las MAC es la dificultad de definir, precisamente, lo que entendemos por tales

5. GOLDSTEIN, M.S.: «The persistence and Resurgence of Medical Pluralism», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29 (2004), pp. 925-945.

6. Se pueden consultar en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

7. El concepto de autoatención hace referencia a las diversas «representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a su salud (...) sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención; implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma.» MENENDEZ, E. «Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes», en *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Cuadernos de la Casa Chata, 1990, pp. 165-204.

8. SALMON, J.W.: *Alternative Medicines. Popular and policy perspectives*, New York-London, Tavistock, 1984. LEWITH, G.; ALDRIDGE, D.: *Complementary medicine and the European Community*, Cambridge, Saffron, 1991. WALDEN, C.W.; SHARMA, U.: *Complementary Medicine Today*, London, Routledge, 1992. FISHER, P.; WARD, A.: «Medicine in Europe: Complementary medicine in Europe», *British Medical Journal*, 309 (1994), pp. 107-111. CANT, S.; SHARMA, U. (eds.): *Complementary and Alternative Medicines. Knowledge in Practice*, London and New York, Free Books, 1996. KELNER, M.J.; WELLMAN, B.; PESCOSOLIDO, B.; SAKS, M. (eds.): *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*, Amsterdam, Gordon and Breach, 2000. TOVEY, P.; EASTHOPE, G.; ADAMS, J. (eds.): *The mainstreaming of complementary and alternative medicine: studies in social context*, London-New York, Routledge, 2003. RUGGY, M.: *Marginal to Mainstream. Alternative Medicine in America*, New York, Cambridge University Press, 2004.

9. BODEKER, G.; KRONENBERG, E.: «A Public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine», *American Journal of Public Health*, 92 (2002), pp. 1582-1591.

medicinas¹⁰. La clarificación de qué formas de sanar deben ser consideradas como tales es un asunto ampliamente discutido, pero resulta muy difícil llegar a un consenso, dado que bajo esta etiqueta se consideran tanto formas de sanar milenarias con tradiciones doctrinales bien establecidas como modas dietéticas de efímera vida¹¹.

Otro punto de difícil acuerdo se centra en si se debe incluir en el concepto de 'uso' el consumo de productos como complejos vitamínicos o hierbas o tan sólo el hecho de acudir a un proveedor de MAC. La decisión sobre este asunto explica no pocas de las discrepancias encontradas en la prevalencia de uso de las MAC, incluso dentro del mismo país, tal y como ocurre en los Estados Unidos de América, con cifras muy variables que van desde el 6,5% al 42,1%. Aunque los datos parecen apuntar con consistencia a que un tercio de la población las utiliza de una u otra forma¹².

Por lo que hasta ahora se sabe no es aventurado afirmar que, en la actualidad, en muchos contextos las MAC se usan frecuentemente y con una tendencia creciente, si bien es difícil valorar de manera exacta el grado en el que la población recurre a ellas. Desde luego su utilización varía en función del género y de la clase social. Especialmente recurren a ellas mujeres con educación media o superior y con niveles de ingresos medios o altos.

En cuanto a las MAC más usadas varían mucho según los contextos investigados. Los motivos que llevan a la población a utilizar este tipo de opciones es uno de los problemas más interesantes planteados hoy día para el que no hay una respuesta clara todavía¹³. Tiene que ver desde luego con el cambio del patrón epidemiológico en las sociedades más opulentas, plagadas de padecimientos crónicos con los que hay que convivir; con un cierto rechazo del consumo de productos químicos, aunque esto no debe hacernos pensar en que la población mira la ciencia y la técnica con desconfianza; y, en gran medida, con la transformación de todo lo relacionado con la salud en un objeto de consumo más¹⁴.

10. KAPTCHUK, T.J.; EISENBERG, D.M.: «Varieties of Healing. 1: Medical Pluralism in the United States», *Annals of Internal Medicine*, 135 (2001), pp. 189-195. KAPTCHUK, T.J.; EISENBERG, D.M.: «Varieties of Healing. 2: A Taxonomy of Unconventional Healing Practices», *Annals of Internal Medicine*, 135 (2001), pp. 196-204.

11. Así, por ejemplo, un reciente artículo sobre el uso de las MAC en los Estados Unidos de América eleva al 62% el porcentaje de mayores de 18 años que las usaron en el año previo si se considera dentro de estas medicinas la oración con objetivo terapéutico o paliativo. Este porcentaje desciende a un 36% cuando esta se excluye. BARNES, P.M.; POWELL-GRINER, E.; MACFANN, K.; NAHIN, R.L.: «Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002», *Advance Data*, 27 (2004), pp. 1-19.

12. NI, H.; SIMILE, C.; HARDY, A.M.: «Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: results from the 1999 national health interview survey», *Medical Care*, 40 (2002), pp. 353-358.

13. COULTER, I.D.; WILLIS, E.M.: «The rise and rise of complementary medicine: a sociological perspective», *Medical Journal of Australia*, 180 (2004), pp. 587-589.

14. DOEL, M.A.; SEGROTT, J.: «Beyond belief? Consumer culture, complementary medicine, and the dis-ease o everyday life», *Environment and Planning D: Society and Space*, 21 (2003), pp. 739-759.

Como respuesta a esta creciente tendencia de uso y a su repercusión económica¹⁵ diversos gobiernos como, por ejemplo, los de Canadá (1999), Reino Unido (2002) y Estados Unidos (2002) han publicado informes oficiales. En ellos se trata de ir avanzando en variados aspectos como la financiación de las MAC, la acreditación de los proveedores de las mismas, la formación de los profesionales sanitarios en estas terapias o la eficacia y efectividad de las mismas¹⁶.

3. LAS DIFICULTADES DE DEFINICIÓN DE LAS MAC

Como ya poníamos de manifiesto en el apartado anterior, existen muchas dificultades para conocer la realidad de las medicinas alternativas y complementarias.

El principal obstáculo tiene que ver con el problema de definición de lo que son realmente las MAC, y la relación de éstas con lo que se suele denominar medicina tradicional. Prácticamente no hay escrito que aborde con seriedad el tema de las MAC que no señale la dificultad que existe a la hora de saber qué podemos considerar como medicinas alternativas y complementarias. Los esfuerzos de clarificación siguen siendo frecuentes en la literatura internacional¹⁷, sin que se consiga avanzar mucho. Dada la situación de dominio de la medicina norteamericana en el ámbito internacional, la definición más citada es la del *National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)*: «[...] un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional [...]»¹⁸.

A partir de esta definición se intenta clasificar a todas las MAC en una serie de grupos en función del desarrollo del cuerpo de conocimientos en que se sustentan y las técnicas que emplean para el restablecimiento de la salud, como se observa en la siguiente tabla:

-
15. El grupo de Harvard capitaneado por Eisenberg estimó un aumento del 45% en el gasto en proveedores de medicinas alternativas entre 1990 y 1997, y en Australia se ha encontrado un aumento de un 120% en el gasto en medicaciones alternativas entre 1993 y el 2000. MACLENNAN, A.H.; WILSON, D.H.; TAYLOR, A.W.: «The escalating cost and prevalence of alternative medicine», *Preventive Medicine*, 35 (2002), pp. 166-173.
 16. HERMAN, P.M.; CRAIG, B.M.; CASPI, O.: «Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review», *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 5 (2005), p. 11.
 17. BALDWIN, C.M.; KROESEN, K.; TROCHIM, W.M.; BELL, I.R.: «Complementary and conventional medicine: a concept map», *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 4 (2004), p. 2 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=356920>).
 18. NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. D-164. «¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?», Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, Disponible en: <http://nccam.nih.gov/espanol/informaciongeneral/>

Clasificación de los grupos de MAC (NCCAM)

GRUPOS DE MAC	EJEMPLOS
Sistemas médicos alternativos	Homeopatía Naturopatía Medicina Tradicional China Medicina Ayurveda
Enfoque sobre la mente y el cuerpo	Meditación Oración Curación mental Otras: - Danza - Música - Arte
Terapias biológicas	Suplementos dietéticos Productos de herboristería Otras terapias 'naturales' (cartilago de tiburón)
Métodos de manipulación y basados en el cuerpo	Quiropráctica Osteopatía Masaje
Terapias sobre la base de la energía	Terapias del biocampo: - Chi gong - Reiki - Toque terapéutico Terapias bioelectromagnéticas (uso de): - Campos de impulsos - Campos magnéticos - Campos de corriente alterna o directa

Como podemos comprobar todas las medicinas que se apartan de las que el NCCAM considera convencional en Estados Unidos son consideradas MAC, independientemente de cuál sea su situación de hegemonía en otros ámbitos, como ocurre con algunas de las que el NCCAM considera 'sistemas médicos alternativos'.

La definición utilizada por el NCCAM, no obstante, ha sido criticada desde los propios Estados Unidos de América, poniendo de manifiesto las dificultades intrínsecas de la etiqueta MAC, un producto histórico recién llegado, que al definirse en relación a una medicina científica-occidental, que es tomada por dominante, nunca podrá mostrar ninguna congruencia interna. Así el informe *Complementary and Alternative Medicine in the United States* publicado por The National Academy of Sciences discute con detenimiento el tema¹⁹ opinando que la definición del NCCAM resulta inconsistente e insuficiente²⁰. Siempre habrá

19. COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE IN THE UNITED STATES, Op. cit., pp. 16-20.

20. El informe propone la siguiente definición: «Complementary and alternative medicine (CAM) is a broad domain of resources that encompasses health systems, modalities, and practices and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the dominant health systems of a particular society or culture in a given historical period. CAM includes such resources perceived by their uses as associated with positive health outcomes. Boundaries within CAM and between the CAM domain and the domain of the dominant system are not always sharp or fixed» (Ibíd., p. 19).

casos de determinadas sociedades con una hegemonía mucho más discutible de la medicina científica-occidental en las que algunas de las MAC enumeradas en la clasificación elaborada por el NCCAM no sean ni alternativas ni complementarias sino las medicinas dominantes de esa sociedad.

A esta confusión terminológica han contribuido también los organismos internacionales. La O.M.S. optó, años atrás, por la etiqueta 'medicina tradicional' como:

«[...] término amplio para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales [...]»²¹

Como puede comprobarse la medicina tradicional, tal y como la consideró la O.M.S, es tan comprehensiva como las MAC y con el mismo referente: todo lo que no es medicina científico-occidental.

Pero la creciente importancia que las denominadas MAC están teniendo en el mundo más desarrollado ha modificado algo el énfasis de la O.M.S. en la medicina tradicional y la etiqueta MAC está apareciendo con mayor fuerza en los últimos años²². En todo caso lo que parece existir es una tendencia a llamar a las mismas formas de asistir y sanar MAC cuando nos estamos refiriendo a ellas en el ámbito de los países más pudientes, en los que la hegemonía de la medicina científico-occidental es indiscutible, y medicinas tradicionales cuando nos estamos refiriendo a ellas en ámbitos en los que la hegemonía de la medicina científico-occidental resulta mucho más débil. Todo ello lleva a dificultades terminológicas, que en nuestro caso van a obstaculizar en gran medida el estudio del papel de otras opciones diferentes a la medicina científico-occidental en los itinerarios terapéuticos de las mujeres.

4. LAS MAC EN ESPAÑA

Aunque la caracterización de la realidad de las medicinas alternativas y complementarias en España esta todavía lejos de alcanzar el nivel de conocimiento que se da en otros ámbitos, es cierto que en los últimos años la situación está cambiando rápidamente.

Un primer indicador es el cambio en la consideración que muestran las revistas científicas de ciencias de la salud sobre las MAC. Si bien en España no contamos con una caracterización de la atención que se presta a las MAC en las publicaciones periódicas médicas -similar a las que se han publicado sobre los

21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, Ginebra, OMS, 2002.

22. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *WHO Medicines Strategy. Countries at the Core 2004-2007*, Ginebra, WHO, 2004.

Estados Unidos²³, no parece aventurado señalar que las MAC están siendo valoradas de manera algo diferente por los profesionales sanitarios en los últimos años. Hace tan sólo una década no era nada extraño encontrar descalificaciones apriorísticas de las MAC, sin prestar demasiada atención a la importancia que como instancias asistenciales estaban adquiriendo en nuestro contexto económico y social, la Unión Europea²⁴. Sin embargo, en los últimos años, son mucho más frecuentes los artículos que, cuanto menos, hacen una valoración más matizada de las MAC²⁵, aunque persisten las dudas sobre su validez terapéutica²⁶.

En los años más recientes comienzan a aparecer, además, valoraciones muy rigurosas del reto que suponen las MAC para la asistencia sanitaria del siglo XXI²⁷ e iniciativas verdaderamente aperturistas como la serie de la revista *Pediatría Catalana*, en la que, en los últimos años, se han incluido artículos para dar a conocer diferentes MAC y sus potenciales aplicaciones en el ámbito de la pediatría²⁸.

En cuanto al conocimiento del uso de las MAC en el ámbito español hace unos años señalábamos que, excepto para el caso catalán, los datos eran prácticamente inexistentes²⁹. Diversas encuestas de salud publicadas y/o llevadas a cabo en los últimos años han modificado en parte esta situación. Los datos

-
23. WINNINCK, T.A.: «Trends in attention to complementary and alternative medicine in the American medical literature», *Health*, 11 (2007), pp. 371-399.
24. VALTUEÑA-BORQUE, O.: «Sobre la homeopatía», *Atención Primaria*, 19 (1997), p. 384. FERNÁNDEZ-HERRÁEZ, E.: «Creer o no creer. Esa es la clave de la homeopatía», *Atención Primaria*, 21 (1998), pp. 593-596.
25. CALDERÓN, C.: «Médicos homeópatas y médicos de atención primaria: cómo se ven y cómo ven a sus pacientes. Resultados de una investigación cualitativa», *Atención Primaria*, 21 (1998), pp. 367-375. CALDERÓN, C.: «Medicina de familia y medicinas alternativas: propuesta de discusión», *Atención Primaria*, 24 (1999), pp. 176-177. REMON-MASIP, J.; LIANES-BARRAGAN, P.: «Medicinas complementarias en oncología», *Atención Primaria*, 39 (2007), pp. 5-6.
26. BORRELL I CARRIÓ, F.: «Homeopatía: creencia, praxis, pruebas», *Medicina Clínica*, 121 (2003), pp. 142-148. BORRELL I CARRIÓ, F.: «Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética», *Atención Primaria*, 35 (2005), pp. 311-313.
27. CAMINAL-HOMAR, J.: «Medicinas complementarias o alternativas? Un dilema para el sistema público», *Atención Primaria*, 35 (2005), pp. 389-391. CAMINAL, J.; RODRÍGUEZ, N.; MOLINA, J.L. y GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN MCA: «Las medicinas complementarias y alternativas y su contribución al sistema sociosanitario: el qué, el porqué y el cómo», *Atención Primaria*, 38 (2006), pp. 409-412. URIOS, C.; CAMINAL, J.; RODRÍGUEZ, N.; PUIGPELAT, E.: «Estrategias regulativas para las medicinas complementarias y alternativas: hacia un modelo de entendimiento en prácticas de salud», *Atención Primaria*, 38 (2006), pp. 574-576. FORCADES, T.; CAMINAL, J.; RODRÍGUEZ, N.; GUTIÉRREZ, T. Y.: «Efecto placebo frente a efecto terapéutico en la práctica clínica y medicinas complementarias y alternativas», *Atención Primaria*, 39 (2007), pp. 99-102.
28. BARAIBAR, R.: «Medicines alternatives i complementàries», *Pediatría Catalana*, 65 (2005), pp. 169-174. ALBAREDA, C.; MOLINA, V.: «Coneguem les medicines complementàries», *Pediatría Catalana*, 65 (2005), p. 208. GIRALT, I.; DALMAU, I.: «La medicina tradicional xinesa: un coneixement mil·lenari i científic al servei de la salut del segle XXI», *Pediatría Catalana*, 65 (2005), pp. 264-269. GOENAGA, A.; MÍNGUEZ, D.: «Osteopatía. Qué és i quines aplicacions té en la pediatría», *Pediatría Catalana*, 66 (2006), pp. 77-80. SAZ, P.; ORTIZ, M.: «Medicina naturista en pediatría», *Pediatría Catalana*, 66 (2006), pp. 203-208.
29. PERDIGUERO, E.: «El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar», *Gaceta Sanitaria*, 18 (2004), pp. 140-145.

conocidos hasta 2003 en el conjunto de Cataluña y en la ciudad de Barcelona apuntaban a una prevalencia de uso de las MAC que quedaba sensiblemente por debajo de lo que señalaban los datos de nuestro contexto europeo. Pero las características sociodemográficas de los usuarios coincidían con lo hallado en otros ámbitos: las mayores usuarias de MAC solían ser mujeres de edad media, con nivel de instrucción medio o alto y pertenecientes a los sectores sociales más acomodados. Este perfil de usuarios, no obstante, está comenzando a modificarse, al menos en los ámbitos en los que las MAC son una realidad más pujante, como ocurre en Estados Unidos³⁰.

Los datos más recientes referentes a España siguen mostrando que las MAC son una realidad todavía incipiente, pero indican una importancia creciente, especialmente en el grupo de las mayores usuarias: mujeres de edad media con poder adquisitivo alto y/o medio y estudios universitarios, aunque las diferentes encuestas varían mucho en el modo en que han planteado el tema. Veámoslas con detalle.

Para el caso del conjunto del Estado español la Encuesta Nacional de Salud correspondiente a 2003³¹ halló que un 5,55 % de los encuestados habían consumido productos de medicina alternativa en las dos semanas previas a la realización de la entrevista. Este porcentaje es, sin embargo, algo más relevante si nos referimos a las personas de edad media. Así los encuestados de entre 45 y 54 años habían recurrido a estos productos en un 8,14 % de los casos y los que tenían entre 55 y 64 años en un 7,92 %. Si estas franjas etarias las restringimos a mujeres los porcentajes aun resultan más elevados. Un 11,66 % de las mujeres de 45 a 64 años consumió productos alternativos en las dos semanas previas a la encuesta y en el caso de las de 55 a 64 el porcentaje se cifró en un 11,24 %. Los datos referidos al mayor o menor consumo de estos productos en función del tamaño del núcleo urbano no resultan demasiado esclarecedores, si bien, en el caso de las mujeres, este consumo fue más importante en municipios de más de 50.000 habitantes.

Sí resultan mucho más indicativos los datos que relacionan el consumo de productos alternativos y el nivel de estudios. Los poseedores de títulos universitarios hicieron uso de estos productos en un 7,60 % de los casos mientras que los analfabetos o sin estudios sólo los consumieron en un 3,79 %. Las mujeres con título universitario fueron las que alcanzaron un mayor porcentaje de consumo, un 9,61 %. No hay grandes diferencias de uso de productos alternativos en función de la situación laboral, siendo muy similares los porcentajes entre los ocupados, los parados y los inactivos. Sí hay un claro gradiente, sin embargo, en el caso de la clase social del sustentador principal del núcleo familiar, siendo

30. En EEUU las MAC comienzan a ser utilizadas en igual medida por todos los segmentos sociodemográficos. COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE IN THE UNITED STATES: Op. Cit., p. 42.

31. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2003, Madrid, Instituto Nacional de Estadística, (s.a.) Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2003/home.htm>

más frecuente el uso de productos alternativos en la clase social I (un 8,03 %), descendiendo según lo va haciendo la clase social. Este gradiente resulta mucho más claro, como en los demás casos, en las mujeres, siendo las de clase social I las que presentaron un porcentaje más elevado de uso de productos alternativos, un 9,48 %. El uso de este tipo de preparados varió mucho por comunidades autónomas. A la cabeza se sitúa Cataluña (10,60 %), seguida del País Vasco (8,47 %) y la Comunidad Valenciana (7,63 %). En el extremo opuesto se sitúan Ceuta y Melilla (0,68 %), La Rioja (1,39 %) y Andalucía (1,98 %). Nos encontramos por tanto con una situación que, si bien resulta modesta en la magnitud, se acomoda a las tendencias presentadas en otros ámbitos donde las MAC han sido mejor estudiadas y parecen tener una mayor entidad.

Además de estos datos nacionales contamos con otros referidos a diversas comunidades autónomas, que en sus encuestas de salud o en otros tipos de estudios poblacionales se han interesado por las MAC, aunque por la confección dispar de las preguntas que se emplean para interesarse por ellas impiden tener un panorama coherente de la prevalencia de uso.

La Encuesta de Salud de Asturias de 2002³², publicada a finales de 2003, nos proporciona datos sobre el uso de servicios sanitarios en las dos semanas previas a la encuesta. Un 0,3 % (0,2 % en el caso de los hombres y un 0,5 % en el caso de de las mujeres) reconoció haber acudido al homeópata o acupuntor. La encuesta, además, nos informa que un 0,2 % -sin diferencias de género- acudió a un curandero/a o brujo/a. El apartado de «Otros profesionales», en el que podrían estar incluidos otros proveedores de MAC diferentes a homeópatas y acupuntores, arroja porcentajes del 1,9 % (1,2 % en los hombres y 1,9 % en las mujeres). Si nos atenemos a los datos que con seguridad se refieren a MAC se usaron más por parte de los que tenían entre 30 y 44 años (1 %: 0,8% en el caso de los hombres, 1,1 % en el caso de las mujeres). La encuesta, además, nos informa de que el uso de homeopatía/acupuntura sólo se produjo en el caso de los hombres en la zona central del Principado de Asturias, mientras que estas opciones fueron más utilizadas en la zona rural en el caso de las mujeres. Al contrario de lo que suele ser la norma, los usuarios de homeopatía y acupuntura pertenecían sobre todo a las clases sociales IV y V.

La I Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha, realizada en 2002³³ también se interesó por el uso de las MAC. Los datos que arrojó este estudio nos indican la poca relevancia de las mismas en esta región hace unos años. En el año previo a la entrevista sólo un 0,3 % de los entrevistados acudió al homeópata, un 0,2 % al osteópata, un 0,2 % al naturista, y un 0,3 % al acupuntor. Sin embargo, los autores del estudio señalan que quienes utilizaron estas opciones lo hicieron en torno a tres veces por año. También suponen porcentajes ínfimos el recurso

32. ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS 2002, Oviedo, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias, 2003. Disponible en:

http://www.princast.es/servlet/page?_pageid=2727&_dad=portal301&_schema=PORTAL30

33. ENCUESTA DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA 2002, Toledo, FISCAM, (s.a.). Disponible en: <http://www.jccm.es/sanidad/fiscam/cursos.php?idTituloDef=38>

al curandero (0,3 %) o a los gabinetes de estética como recurso sanitario (0,6 %). Para este último caso, no obstante, se señala que las mujeres que lo usaron acudieron más de cinco veces durante el año³⁴. Más visitados fueron los herbolarios, pues un 1,3 % de los entrevistados afirmaron haberlos utilizado durante los 12 meses previos.

Cuatro años después³⁵ la situación en Castilla-La Mancha quedaba configurada de la siguiente manera: los porcentajes de personas que acudían al homeópata y al osteópata eran similares a los de el año 2002 y el recurso al curandero había descendido (0,1%). Sin embargo se había producido un ascenso considerable en la utilización de la acupuntura y de la naturopatía, que presentaban porcentajes de un 0,7% y 0,8% respectivamente. Aunque el aumento más acusado fue el de los gabinetes de estética que fueron utilizados con fines sanitarios por un 4,6% de la población, alcanzando el 10,6% en el grupo de edad comprendido entre los 16 y 24 años. En todos los casos salvo en el de la consulta a homeópatas, en la que el porcentaje fue igual para ambos sexos, fueron las mujeres las que más utilizaron todas las MAC.

Para Castilla y León los últimos datos autonómicos provienen de la Encuesta Regional de Salud 2003³⁶, que en realidad fue una ampliación de la Encuesta Nacional de Salud 2003, por lo que las preguntas son las mismas que las realizadas en el ámbito nacional. En este caso, un 4,16 % de los encuestados afirmó haber consumido productos de medicina alternativa en las dos semanas previas. Las mujeres, como en el conjunto del país, presentaron un porcentaje de uso más alto (6,1 %) que los hombres (2,17 %). Y dentro de ellas fueron las pertenecientes al grupo de edad media (grupo de 45 a 54 años) las que presentaron un mayor porcentaje de uso (9,57 %).

Al igual que ocurría en todo el territorio nacional son los universitarios los que más consumen productos alternativos (5,62 %) frente al grupo de analfabetos o sin estudios que son los que menos los consumen (3,04 %). También se cumple en el caso de Castilla y León el gradiente de clase social, siendo más frecuente el consumo de productos alternativos según se asciende en la escala social. Si atendemos a la situación laboral los datos arrojan un mayor porcentaje de consumo de productos alternativos en el caso de los parados (7,42 %), bastante por delante de los ocupados (4,02 %) o los inactivos (4,16 %). El porcentaje es más rotundo en el caso de las mujeres paradas, con un 13,7 % de consumidoras de productos alternativos. En el caso de Castilla y León el

34. La encuesta no explica, lamentablemente, con mayor detalle cuáles fueron los «motivos de salud» que llevaron a los gabinetes de estética, circunstancia que hubiera sido muy interesante conocer ya que esta instancia no suele ser considerada por las encuestas de salud y otros estudios poblacionales.

35. ENCUESTA DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA 2006, Toledo, FISCAM, (s.a.). Disponible en: <http://www.jccm.es/sanidad/FISCAM/ensa06/ensa06.html>

36. ENCUESTA REGIONAL DE SALUD 2003, Valladolid, Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León, 2005. Disponible en: http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?pgseed=117727233498&idContent=181828&locale=es_ES&textOnly=false

recurso a productos alternativos ocurre, sobre todo, en municipios de más de 50.000 habitantes.

La Encuesta de Salud de Canarias de 2004³⁷ también nos aporta información relativa al uso de MAC y curanderos. Un 7,61 % de los encuestados mayores de 16 años en Canarias acudieron en alguna ocasión en su vida al homeópata, osteópata o naturista. El acupuntor fue utilizado por un 2,98 % de los preguntados, y el curandero fue consultado en un 3,72 % de los casos. Las mujeres de 30 a 44 años (16,93 %), las de 16 a 29 años (16,38 %) y los hombres de 30 a 44 años (16,67 %) fueron los grupos que más usaron, alguna vez en su vida, alguna de las opciones que la Encuesta de Salud de Canarias consideró «medicina alternativa».

También se preguntó por el uso de «productos de medicina alternativa (homeopática, naturista, etc.)» durante las dos semanas previas a la realización de la entrevista, en el marco de una pregunta dirigida a conocer el consumo de medicamentos por parte de la población. Pero a la hora de presentar los resultados esta categoría se colapsó con otras referidas al consumo de laxantes, medicamentos para la alergia, medicamentos para procesos reumáticos, medicamentos hormonales sustitutivos y medicamentos para adelgazar; por lo que no podemos hacernos una idea de a qué corresponde el 11,65 % de encuestados que afirmó haber consumido alguno de estos productos.

En el caso de la Comunidad Valenciana, la Encuesta de Salud de 2000-2001³⁸ se había interesado por la posible preferencia de los valencianos por las MAC, pero sin valorar su uso real. La Encuesta de Salud de 2005³⁹ realizada en el territorio valenciano, y publicada en 2007, incluyó una cuestión sobre la mayor frecuencia de utilización de servicios sanitarios en los últimos 12 meses, en la que se daba la oportunidad de escoger la opción «Otros métodos (naturistas...)\», diferenciando entre servicios públicos o privados, lo cual para este tipo de proveedores resulta especialmente sorprendente. Con este tipo de cuestión resulta complicado hacerse una idea de la magnitud de uso de las MAC en tierras valencianas y no resulta extraño que sólo un 2,9 % de los encuestados reconocieran que usaban con mayor frecuencia esos «otros métodos» en el año previo. Curiosamente un 1,2 % señaló que lo usaba en el ámbito público, por lo que suponemos que bajo esa rúbrica se consideraron otras opciones terapéuticas que la encuesta no nos permite entrever. En todo caso fueron los usuarios de edad media (3 %), con estudios secundarios (3,5 %) o universitarios (3,5 %), con ingresos superiores a 6.000 euros al mes (17,2 %), mujeres (3,9 %) y los

37. ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS 2004, Instituto Canario de Estadística. Servicio Canario de Salud, (s.a.). Disponible en: http://www.gobcan.es/istac/estadisticas/salud_2004/salud2004.html

38. ENCUESTA DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2000-2001, Valencia, Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 2002. Disponible en: <http://www.san.gva.es/cas/comun/encuesta/documentoscompletos.htm>

39. ENCUESTA DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2005, Valencia, Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 2007. Disponible en: <http://www.san.gva.es/cas/comun/encuesta/documentoscompletos.htm>

pertenecientes a la clase social I (4,8%) los que con mayor frecuencia recurrieron a estas opciones.

Los datos más recientes sobre el uso de las MAC a los que hemos tenido acceso han sido publicados a lo largo de 2007. Así, en el estudio de modos de vida en Vitoria-Gasteiz 2006⁴⁰, también se aportan datos sobre las MAC. Un 6 % de los encuestados en la capital alavesa acudieron a medicinas alternativas en el año previo siendo, como es habitual, mayor el porcentaje de mujeres (7%) que el de hombres (5%). Los grupos de edad que aporta el estudio son muy grandes y no hay diferencias entre ellos: un 7 % de las mujeres entre 25 y 64 años utilizó las medicinas alternativas en los últimos doce meses, e igual porcentaje presentaron los hombres y mujeres de 65 y más años.

La Enquesta de Salut de Catalunya 2006⁴¹, cuyos datos todavía sin elaborar ya están disponibles, arroja para el caso de las MAC unos resultados un tanto sorprendentes, pues aunque suponen un aumento de la relevancia de las MAC con respecto a los datos previos de 1994 y 2002⁴², este aumento es muy poco importante y parece no ser coherente con el esfuerzo regulador de las MAC acometido por la Generalitat de Catalunya⁴³.

La utilización de medicamentos que pueden ser considerados dentro de las MAC es muy poco importante entre los catalanes de 15 años o más. Sólo un 1,1 % de los encuestados tomó medicamentos homeopáticos recetados por un médico, un 0,1 % lo hizo aconsejado en la farmacia⁴⁴, y un 0,3 % los tomó por iniciativa propia. En el caso de las plantas medicinales adquiridas en una farmacia un 0,6 % las tomó con receta médica, un 0,4 % las tomó por consejo obtenido en la propia farmacia, y un 1 % por iniciativa propia. En el caso de plantas medicinales adquiridas en herboristerías un 1 % de los encuestados reconoce haberlas tomado siguiendo prescripción médica, un 0,3 % por consejo de la farmacia, y un 3,2 % por propia iniciativa. En todos los casos, comparativamente, las mujeres tomaron más estos medicamentos que los hombres.

En lo que se refiere a la utilización de proveedores de MAC por parte de los catalanes de 15 años o más los datos señalan que en los 12 meses previos a la entrevista acudió al osteópata un 2,8 % de los entrevistados, al homeópata un 2 %, al naturista un 2,2 % y al acupuntor un 1,8 %. En todos los casos las mujeres usaron más estas alternativas que los hombres, y fueron las mujeres de edad media (de 45 a 64 años) las mayores usuarias, excepto en el caso del recurso a

40. ESTUDIO DE MODOS DE VIDA EN VITORIA-GASTEIZ 2006. «Aspectos relacionados con la salud, según el género», Vitoria, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, 2007.

41. ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA 2006. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2007. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc11898.html>

42. PERDIGUERO, E.: «El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar», Op. cit., pp. 140-145.

43. Decret 31/2007 de 30 gener, pel qual es regulen les condicions per a l'exercici de determinades teràpies naturals. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 1-12-2007, pp. 3758-3765.

44. Este es el ítem que aparece en la tabla publicada, aunque es de suponer que se referirá a consejo obtenido en la propia herboristería.

la osteopatía. Esta terapia manipulativa fue usada en un mayor porcentaje (6,9 %) por las mujeres de 75 años y más. Un porcentaje todavía más pequeño (0,3 %) supone el uso de otras terapias manipulativas como el quiromasaje o la quiropráctica.

El estudio catalán también se ha ocupado de inquirir por las consultas realizadas en los 15 días previos a la realización de las entrevistas. Todas las MAC consideradas -osteópata, homeópata, naturista, acupuntor- fueron utilizadas en similar porcentaje, un ínfimo 0,2%, siendo levemente más utilizadas por las mujeres en casi todos los casos.

Los datos correspondientes a los menores (de 0 a 14 años) muestran también porcentajes de usos de las MAC en los 12 meses previos muy poco relevantes. El osteópata fue utilizado en un 0,7 % de los casos, el homeópata en un 3,1 %, el naturista en un 0,8 %, y el acupuntor en un 0,3 %. En este caso no se da la preponderancia femenina. Los niños fueron los que usaron más todas las opciones, excepto en el caso de la homeopatía a la que recurrieron por igual niños y niñas (3,1 %). El quirosamaje y la quiropráctica fue una alternativa usada sólo por el 0,4 % de los niños y niñas encuestados.

Además de las encuestas de salud podemos citar algunos otros ejemplos de pequeños estudios que nos dan alguna idea de la prevalencia de uso de las MAC en España y que nos aportan algunas claves sobre los motivos de uso de las mismas.

En primer lugar, el avance de resultados de la 2ª edición de la Encuesta Social Europea⁴⁵ resalta la buena valoración que los españoles tienen del sistema sanitario, cercana al grupo de países que mejor valoran su sanidad. Por el contrario España se encuentra lejos de los países europeos que más recurren a las MAC: Austria, Noruega, Suiza y Dinamarca.

Las MAC son, como ocurre en otros muchos países, un recurso ampliamente utilizado para diversas enfermedades crónicas o de difícil curación como el dolor de espalda⁴⁶, el cáncer⁴⁷, o las enfermedades reumáticas⁴⁸. Así, en nuestro

45. LOS ESPAÑOLES EN EUROPA. AVANCE DE LOS RESULTADOS DE LA 2ª EDICIÓN DE LA ENCUESTA SOCIAL EUROPEA, Madrid-Barcelona, Ministerio de Educación y Ciencia. Universitat Pompeu Fabra. Instituto Demoscopia, 2006.

46. SHERMAN, K.J.; CHERKIN, D.C.; CONNELLY, M.T.; ERRO, J.; SAVETSKY, J.B., DAVIS, R.B.; EISENBERG, D.M.: «Complementary and alternative medical therapies for chronic low back pain: What treatments are patients willing to try?», *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 4 (2004), p. 9 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6882/4/9>).

47. GARCÍA-NIETO, A.; CAPOTE-HUELVA, F.J.; FERNÁNDEZ-VALLE, M.C.; GIL-GARCÍA, J.L.: «CAM en pacientes con neoplasias linfoides», *Medicina Clínica*, 123 (2004), p. 676. IDOYAGA MOLINA, A.; LUXARDO, N.: «Medicinas no convencionales en cáncer», *Medicina (Buenos Aires)*, 65 (2005), pp. 390-394.

48. HERNÁNDEZ-RÍOS, G.; DURÁN-BARRAGÁN, S.; RAMOS-REMUS, C.: «Los tratamientos no convencionales y las terapias alternativas en la era de grandes avances terapéuticos en reumatología», *Reumatología Clínica*, 2 (2006), pp. 161-163. ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, E.; CASASOLA-VARGAS, J.C.; LINO-PÉREZ, L.; BURGOS-VARGAS, R.; VÁZQUEZ-MELLADO, J.: «Frecuencia de uso de medicinas complementarias y alternativas en sujetos que acuden por primera vez al servicio de reumatología. Análisis de 800 casos», *Reumatología Clínica*, 2 (2006), pp. 183-189.

ámbito, según datos recientes, se reconoció el uso de MAC en algún momento de la evolución de la enfermedad en un 77% de un grupo de enfermos con neoplasias linfoides⁴⁹, en un 37 % de un grupo de aquejados de hepatitis C crónica⁵⁰, en un 26 % de un grupo de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal⁵¹, en un 48 % de pacientes con fibromialgia⁵², y en un 30% de un grupo de enfermos aquejados de padecimientos somatoformes⁵³.

5. ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL USO DE LAS MAC POR PARTE DE LAS MUJERES

Como hemos señalado durante de todo el artículo, las mujeres son las principales usuarias de las MAC, sin embargo, se conoce poco sobre los motivos por los cuales esto sucede⁵⁴. En la mayoría de los estudios el sexo se considera sólo un rasgo sociodemográfico que contribuye a caracterizar el perfil de los usuarios de estas medicinas, sin aportar ninguna explicación sobre las causas de esta distribución, o se interpreta como parte de la alta frecuentación de las mujeres de todos los servicios sanitarios. Esta situación se ha intentado paliar, en los últimos años, mediante trabajos realizados exclusivamente con mujeres⁵⁵, sin embargo, en estos casos, la relación femenina con las MAC se presenta a través de datos cuantitativos –descriptivos- sin ahondar en los motivos que producen estas diferencias de género en la utilización.

Por ello, aunque parece paradójico, a pesar de que las MAC se están convirtiendo en un recurso importante en la gestión de la salud para las mujeres, son una realidad muy poco explorada⁵⁶. Existen múltiples lagunas en el cono-

49. GARCÍA-NIETO, A.; CAPOTE-HUELVA, F.J.; FERNÁNDEZ-VALLE, M.C.; GIL-GARCÍA, J.L.: Op. cit., p. 676.

50. BRUGUERA, M.; BARRERA, J.M.; AMPURDANÉS, S.; FORNS, X.; SÁNCHEZ-TAPIAS, J.M.: «Utilización de las medicinas alternativas y complementarias por los pacientes con hepatitis C crónica», *Medicina Clínica*, 122 (2004), pp. 334-335.

51. GARCÍA-PLANELLA, E.; MARÍN, L.; DOMÈNECH, E.; BERNAL, I.; MAÑOSA, M.; ZABANA, Y.; GASSULL, M.A.: «Utilización de medicinas alternativas y consumo de drogas por pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal», *Medicina Clínica*, 128 (2007), pp. 45-48.

52. JUNYENT-PRIU, M.; CAMP-HERRERO, J.; FERNÁNDEZ-SOLÁ, J.: «Utilización de la medicina alternativa y complementaria en la fibromialgia», *Medicina Clínica*, 124 (2005), p. 397.

53. GARCÍA-CAMPAYO, J.; SÁNZ-CARRILLO, C.: «The use of alternative medicines by somatoform disorder patients in Spain», *British Journal of General Practice*, 50 (2000), pp. 487-488.

54. ADAMS, J.; EASTHOPE, G.; SIBBRITT, D.: «Exploring the relationship between women's health and the use of complementary and alternative medicine», *Complementary Therapies in Medicine*, 11 (2003), pp. 156-158.

55. CUSHMAN, L.F.; WADE, C.; FACTOR-LITVAK, P.; KRONENBERG, F.; FIRESTER, L.: «Use of complementary and alternative medicine among African-American and Hispanic women in New York city», *Journal of American Medical Women's Association*, 54 (1999), pp. 193-195. ADAMS, J.; SIBBRITT, D.; EASTHOPE, G.; YOUNG, A.: «The profile of women who consult alternative health practitioners in Australia», *Medical Journal of Australia*, 179 (2003), pp. 297-300. DAWN, M.U.; CHYU, L.: «Use of complementary and alternative medicine among American women», *Women's Health Issues*, 15 (2005), pp. 5-13.

56. AIKINS, P.; KRONENBERG, F.; WADE, C.: «Complementary and alternative medicine in women's health. Developing a research agenda», *Journal of Nurse-Midwifery*, 44 (1999), pp. 192-204. ADAMS, J.; EASTHOPE, G.; SIBBRITT, D.: Op. Cit., pp. 156-158. FLESC H.: «Silent voices: women,

cimiento de esta relación como, por ejemplo, el tipo de consumo que de las MAC hacen las mujeres, la variación en las tendencias de consumo a lo largo del tiempo y las terapias concretas utilizadas, el grado de automedicación con productos naturales o hasta qué punto las mujeres, como cuidadoras, tratan con este tipo de productos/terapias al resto de miembros de la familia.

Esta ausencia de trabajos puede ser interpretada como un signo de la invisibilidad⁵⁷ que padecen las mujeres en medicina y que se ha mostrado ya en otros ámbitos relacionados con el estudio de sus padecimientos y su comportamiento frente a la enfermedad⁵⁸. A pesar de ello pueden plantearse algunas hipótesis, unas relacionadas con rasgos de los usuarios de las MAC y otras con las propias características de estas terapias.

El perfil de los usuarios, además de su caracterización demográfica, se dibuja en función de otras características relacionadas con sus creencias sobre la salud y la enfermedad, el tipo de padecimientos para el que utilizan las MAC y su relación con la medicina científico-occidental.

Los usuarios de MAC han sido definidos como personas que se consideran a sí mismas como creativas e innovadoras y que presentan un alto grado de autonomía y un rol activo en el cuidado y mantenimiento de su salud. Estas características junto la importancia que otorgan al papel de la mente y lo espiritual en el mantenimiento y restablecimiento de la salud hacen que consideren a las MAC más congruentes con su filosofía holista de la salud⁵⁹.

En cuanto al estado de salud, en general, las MAC son utilizadas por personas que presentan multitud de síntomas físicos y tienen mala salud –autopercebida⁶⁰. En cuanto al tipo de padecimiento por el que las utilizan, son frecuentes las enfermedades crónico-degenerativas y de difícil curación, o controvertidas dentro de la propia medicina⁶¹. Tanto unas como otras son más prevalentes en

complementary medicine and co-optation change», *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13 (2007), pp. 166-173.

57. También existe un sesgo en el estudio de las MAC por el que se construye la imagen de la mujer como consumidora y no como proveedora, invisibilizando el hecho de que la mayoría de proveedores de estas terapias son mujeres. Otro sesgo se produce por la consideración que se ha hecho de las diferentes modalidades de práctica de las MAC y su división por sexos, ya que se ha presentado al hombre como terapeuta de modalidades consideradas científicas (homeopatía o quiropráctica), lucrativas y que se realizan a tiempo completo mientras que las mujeres han sido relacionadas con otras como la aromaterapia, los masajes o la reflexología, que se consideran más relacionadas con la belleza, la armonía y lo místico, y como extensión de su responsabilidad de cuidado en la esfera doméstica y no como actividades profesionales. FLESCHE H.: Op. cit., pp. 167.

58. VALLS-LLOBET, C.: *Mujeres invisibles para la medicina*, Barcelona, Mondadori, 2006.

59. ASTIN, J.A.: «Why patients use alternative medicine? Results of a national study», *JAMA*, 279 (1998), pp. 1548-1553.

60. SIROIS, F.M.; GICK, M.L.: «An investigation of health beliefs and motivations of complementary medicine clients», *Social Science and Medicine*, 55 (2002), pp. 1025-1037.

61. Dentro de ellas se encuentran múltiples síndromes considerados funcionales como el síndrome de fatiga crónica, la cistitis intersticial, la fibromialgia, el síndrome de sensibilidad química múltiple, el síndrome de intestino irritable y otros padecimientos como los trastornos somatoformes. En todos estos casos existe discrepancia, en cuanto al origen y posible tratamiento,

las mujeres. Por otro lado, hay que tener en cuenta que muchas de estas enfermedades y síntomas padecidos por las mujeres, como por ejemplo el dolor crónico, han recibido poca atención por parte de la medicina científico-occidental, lo que hace necesaria la búsqueda de otras alternativas para su tratamiento.

La relación de los usuarios de las MAC con la medicina científico-occidental es ambigua puesto que, aunque en muchos casos presentan desconfianza y consideran que es un recurso ineficaz para resolver un problema de salud concreto, por otro lado, son hiperfrecuentadores de todos los servicios sanitarios y utilizan las MAC simultáneamente con la medicina científico-occidental y no sólo cuando ésta falla o tiene efectos adversos⁶².

En muchos casos refieren insatisfacción con la interacción con los sanitarios, en especial con los médicos, por diversas razones entre las que se encuentran, fundamentalmente, los problemas de comunicación y la limitada capacidad de negociación y decisión sobre las actuaciones médicas que afectan a su salud y su bienestar⁶³. Esta situación ha sido ampliamente estudiada en el contexto de la salud de las mujeres, sobretodo en referencia a la medicalización de los procesos propios del ciclo vital femenino⁶⁴.

Además, en la negociación de algunos padecimientos como por ejemplo la fibromialgia o los trastornos somatoformes, que también son mucho más frecuentes en mujeres, se produce una deslegitimación/descrédito de los síntomas y, a la vez, de la persona que los padece. En ese sentido, las MAC ofrecen, además de alternativas pragmáticas, la posibilidad de restaurar la legitimidad de la mujer y aumentar su capacidad de negociación/decisión sobre su padecimiento. Las MAC en este sentido pueden ser entendidas como una forma de resistencia frente a hegemonía médica y las desigualdades en salud a las que se enfrentan las mujeres⁶⁵.

Por último, las MAC presentan características que podrían relacionarse con la frecuencia de uso por parte de las mujeres. Además de que se consideren como naturales, inocuas y sin efectos adversos⁶⁶, algunos trabajos plantean que las MAC proporcionan un estilo más femenino y feminista de cuidado que la medicina convencional⁶⁷ ya que devuelven el control del cuerpo a la persona

entre médicos y pacientes e incluso entre profesionales de diferentes especialidades médicas. TOSAL, B.: «Síndromes en femenino. El discurso médico sobre la fibromialgia», *Feminismo/s* (en este número).

62. ADAMS, J.; SIBBRITT, D.; EASTHOPE, G.; YOUNG, A.: Op. cit., p. 299.

63. BROWN, J.B.; CARROLL, J.; BOON, H.; MARMOREO, J.: «Women's decision-making about their health care: views over the life cycle», *Patient Education and Counselling*, 48 (2002), pp. 225-231. SIROIS, F.M.; GICK, M.L.: Op. cit., p. 1027.

64. RIESSMAN, C.K.: «Women and medicalization. A new perspective», en R. Weitz (Ed.): *The politics of women's bodies: Sexuality, appearance, and behavior*, New York, Oxford University Press, 1998, pp. 46-63. ESTEBAN, M.L.: *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*, Donostia, Tercera Prensa, 2001.

65. FLESH, H.: Op. Cit., p. 170.

66. BROWN, J.B.; CARROLL, J.; BOON, H.; MARMOREO, J.: Op. cit., p. 228.

67. SCOTT, A.: «Homeopathy as a feminist form of medicine», *Sociology of Health and Illness*, 20 (1998), pp. 191-214.

-una de las reivindicaciones típicamente feministas en relación a la medicina científico-occidental- y permiten una relación más igualitaria entre el terapeuta y el enfermo.

6. CONCLUSIONES

Como hemos podido comprobar, las MAC tienen, aún, una importancia menor como recurso para enfrentar los problemas de salud en nuestro contexto, aunque con el paso del tiempo su presencia ha ido aumentando. Los datos, aunque parciales⁶⁸, nos muestran la misma tendencia que en el resto del mundo en cuanto a los motivos de uso -enfermedades crónicas y de difícil curación pero, también, aquellas más controvertidas dentro del ámbito de actuación médica- y los perfiles sociodemográficos de los usuarios -mujeres, de clase alta y con estudios-.

En el caso de las mujeres, a pesar de ser reconocida su alta prevalencia de uso, no se ha indagado suficientemente en los motivos por los cuales utilizan las MAC. Este hecho tiene que ver con la invisibilización a la que, como en otros muchos ámbitos de la medicina, están sometidas las mujeres. Así, las hipótesis sobre su mayor recurrencia a las MAC están basadas, en muchas ocasiones, más en proyecciones teóricas que en datos empíricos. No obstante, la hipótesis de la resistencia a la medicalización de muchos procesos femeninos y la mayor capacidad de negociación con este tipo de terapeutas, junto con la alta prevalencia de padecimientos para los que no existen soluciones en el ámbito de la medicina científico-occidental, pueden explicar, al menos en parte, los motivos por los que las mujeres recurren más a ese tipo de instancias terapéuticas.

68. Los porcentajes de uso en función de la enfermedad no se han obtenido de muestras de población general sino de colectivos de enfermos.

SEXO, GÉNERO Y BIOLOGÍA

JOAQUÍN DE JUAN HERRERO Y ROSA M^a PÉREZ CAÑAVERAS
Universidad de Alicante

«El sexo anatómico, la identidad, la preferencia sexual y el comportamiento masculino y femenino, son todas cualidades independientes que se combinan de formas diversas para distintas personas».

Rachel Pollack¹

1. INTRODUCCIÓN

Hemos escrito este artículo con tres propósitos fundamentales: (1) romper la dicotomía tradicional entre el discurso «científico» y el «humanístico», (2) centrar el estudio desde la concepción de que los humanos formamos un *continuum* con el resto de los organismos del planeta y (3) manifestar un respeto absoluto a las creencias de cada uno, utilizando los datos aquí aportados como fuente para la reflexión y el debate pero nunca con el objetivo de convencer, dogmatizar y menos discriminar. Con esos planteamientos hemos dividido el trabajo en los siguientes apartados:

- Nosotros los organismos: una aproximación a la biología
- Concepto de sexo y de sexualidad
- Identidad de género y papel de género
- Orientación sexual
- Sexo, género y neurociencias

2. NOSOTROS LOS ORGANISMOS: APROXIMACIÓN A LA BIOLOGÍA

En general, cuando abrimos un libro de biología o le pedimos a un biólogo que nos defina su disciplina, lo habitual es que nos encontremos con frases como ésta, *la Biología es la ciencia de la vida*. Lo malo es que esta definición, automáticamente, nos lleva a otra pregunta todavía más difícil de contestar: *¿qué es*

1. POLLACK, R.: «Todos somos transexuales», World Media, *El País*, 12 de diciembre de 1996, p. 7.

la vida? Parece como si los conceptos fundamentales de la biología fueran como resbaladizas anguilas que se libran de nosotros al tratar de asirlas con las manos del intelecto. En resumidas cuentas, en lo que llevamos descrito hemos generado tres grandes cuestiones que representan el núcleo central este apartado: *¿qué es la biología?*, *¿qué es la vida?* y *¿qué son los organismos?*

En relación con la primera pregunta podemos decir que, para nosotros, «*La biología no es la ciencia de la vida. La biología es la ciencia de los organismos*». No es la ciencia de la vida porque el empleo del término *vida* no es científicamente adecuado, al carecer de un referente material. Sin embargo, su uso está profundamente arraigado en el lenguaje cotidiano y su empleo resulta útil. Creemos que en un sentido estrictamente científico se debería emplear el adjetivo *viviente* para acompañar las descripciones de las actividades y características de los organismos.

Respecto a la segunda pregunta, *¿qué es la vida?*, podemos decir que no es ni una sustancia ni una cosa sino, mas bien, una función, un proceso o una propiedad. En este sentido Barcia Goyanes² consideraba que la *vida* es una función que se realiza en el tiempo con intervención del *organismo* y del ambiente. Ya Letamendi³ analizó catorce definiciones diferentes de la *vida* y no encontró ninguna que resistiera la más ligera crítica. Por tanto, no existe una definición exacta de «algo» que podamos denominar *vida*. Como hemos dicho, el término *vida* es un concepto que se escapa del marco puramente científico para engrosar las filas de lo que el filósofo catalán Eugenio Trias⁴ denomina «*pensamiento mágico*». Utilizar el término *vida* en un contexto científico es, además de hacer *pseudociencia*, tratar de engañar a las gentes ingenuas vendiendo como científico lo que tan sólo es ideológico. Este tipo de argumentación «*mágica*» ha tenido y sigue teniendo especial difusión en muchas discusiones acerca de la legitimidad de diferentes prácticas biomédicas, relacionadas con los embriones. Se trata de ambientes en los que se vierten, como argumentos científicos, expresiones tan carentes de validez como «*existe vida desde el momento de la concepción*» (por supuesto, como existe «*vida*» en una bacteria o en una planta). Se puede leer un análisis serio de la ética relacionada con los embriones en un artículo reciente de Monika Bobbert⁵.

En tercer lugar, nos hemos preguntado *¿qué es un organismo?* Con toda seguridad, los humanos somos los únicos organismos, de este planeta, con capacidad de hacerse esa pregunta. Si miramos a nuestro alrededor veremos muchos tipos de lo que nosotros denominamos *objetos biológicos o vivientes*. Nuestras mascotas, las plantas que adornan nuestros jardines, las que forman parte de

2. Cit. por MORALES MACEDO, C.: *Biología Fundamental*, Barcelona, Salvat Editores, 1946, p. 24, en DE JUAN, J.: *¿De qué están hechos los organismos? El nacimiento de la mirada histológica*, Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante, 1999, p. 46.

3. *Ibid.*, p. 46.

4. TRIAS, E.: *Metodología del pensamiento mágico*, Barcelona, La Gaya Ciencia, 1970.

5. BOBBERT, M.: «Ethical questions concerning research on human embryos, embryonic stem cells and chimeras», *Biotechnol. J.*, 1 (2006), pp. 1352-1369.

nuestra dieta, las bacterias que nos infectan, ... todos ellos son *organismos*. Sin embargo y aunque el origen de este término se remonta a los debates entre el filósofo Leibniz y el médico y químico Stahl⁶, se han introducido otros términos para explicar las propiedades de los *objetos biológicos* o *vivientes*, frente a los *objetos inertes*, sin necesidad de recurrir al sustantivo *vida*. Se atribuye a Jacques Loeb, en 1916, la introducción del concepto de *materia viviente*⁷, al ser el primero en considerar la existencia de un tipo especial de materia, en contraste con la *materia inerte*. A partir de este momento empiezan a utilizarse ambos términos como contrapuestos.

Nuestro Universo tiene la friolera de 13.700 millones de años, desde que una gran explosión, conocida como el *big bang*, hiciera posible su aparición, según nos han hecho saber eminentes científicos del ámbito de la física. Hace 4.600 millones de años se formó nuestro planeta, a partir de una densa nube de gas y polvo, y 1000 millones más tarde, o sea, hace 3600 millones de años, hicieron su aparición los primeros *organismos* de la Tierra, dando lugar a ese fenómeno que muchos denominan «el origen de la *vida*».

Si tenemos en cuenta la teoría de la evolución, y nosotros la tenemos, en el tránsito de la *materia inerte* a los *organismos* debió de existir alguna forma intermedia de la *materia viviente*. Para soslayar esta dificultad, Orgel⁸ introdujo el concepto de *CITROENS*, palabra que se refiere a las siglas de **O**bjetos **C**omplejos **T**ransformadores de **I**nformación y **R**eproducibles que **E**volucionan por **S**elección **N**atural. En opinión de *Orgel* todo lo que sea un *CITROENS* puede ser considerado *materia viviente*. En este sentido son *CITROENS* todos los objetos vivientes existentes, las moléculas relacionadas con los ácidos nucleicos (DNA, RNA, ribozimas, elementos transponibles, plásmidos, viroides, virus, etc.) u otras moléculas complejas, con las mencionadas características. Estas moléculas pudieron ser las primeras manifestaciones de la materia viviente, antes de la aparición de los primeros organismos. Es quizá en este apartado donde podríamos incluir objetos biológicos tan interesantes como los *priones* (nombre derivado de partícula **pro**teinacea **in**fecciosa), descubiertos por el Premio Nobel de Medicina Stanley Prusiner⁹ en 1982 y causantes de la *encefalopatía espongiforme bovina* o «*enfermedad de la vacas locas*» y de la *enfermedad de Creutzfeldt-Jacob* en los humanos. Finalmente, mencionaremos las *moléculas autorreplicantes*, moléculas sintéticas derivadas de la mezcla de otras que producen compuestos,

6. WOLFE, C.T.: «The concept of organism, an historical and conceptual critique». Artículo presentado en julio de 2005 en el ISHPSSB Meeting en la Universidad de Guelph, Ontario, dentro del *Workshop* titulado «Naturalizing Teleology?» (<http://people.bu.edu/teleolog/materials/ORGANISM%20Guelph.pdf>). Existe una versión más extensa, del año 2004, publicada en francés en *Multitudes* 16, con el título «La catégorie d'«organisme» dans la philosophie de la biologie. Retour sur les dangers du réductionnisme» (http://multitudes.samizdat.net/article.php?id_article=1370).

7. DE JUAN, J.: Op. cit., p. 47.

8. ORGEL, L.E.: *Los orígenes de la vida*, Madrid, Alianza Universidad, 1975, pp. 193-202.

9. PRUSINER, S.B.: «Novel proteinaceous infectious particles cause scrapie», *Science*, 216 (1982), pp. 136-144.

capaces de autorreplicarse en el laboratorio, como ha puesto de manifiesto el profesor Rebeck¹⁰ del *Massachusetts Institute of Technology* (MIT).

La *materia viviente*, a diferencia de lo que ocurre con la inerte, no se encuentra repartida de un modo difuso en la Biosfera. Por el contrario, se nos presenta como *sistemas polimoleculares*, de estructura compleja y muy bien delimitados e *individualizados*, es decir, formando *organismos*. A pesar de que los objetos biológicos que consideramos *organismos* son claramente discretos y aislados, tal separación se hace difícil cuando tratamos de clasificarlos en un número reducido de grupos, a fin de no perdernos en la abrumadora cifra de *especies* que se conocen actualmente en la Biosfera, entre 1,5 a 5 millones¹¹.

Ordenar las cosas del universo en grupos o *clases* es fundamental para nuestro entendimiento de la naturaleza. El término *clase natural* fue introducido por John Stuart Mill¹² e incorporado en la filosofía contemporánea por Quine en su ensayo «*Natural Kinds*»¹³. Una *clase natural* («*natural kind*»), es un *conjunto ontológicamente real*, es decir, no resultante de la agrupación artificial de elementos, elaborada por uno o varios sujetos humanos, en virtud de criterios subjetivos. Las *clases naturales* son, por consiguiente, agrupaciones de objetos o de individuos reunidos de forma natural. Tradicionalmente se denominan así aquellas agrupaciones que siguen las *leyes de la naturaleza*, como por ejemplo los minerales, las plantas, los animales, etc. Hay mucha controversia acerca de qué objetos biológicos deben considerarse *categorías naturales*. Así, de términos como *especie*, *organismo*, *raza*, *sexo* y *orientación sexual* (la mayoría de los objetos analizados aquí) es controvertido decidir si son categorías naturales o no. Lo que sí que parece claro es que los productos culturales (*artefactos culturales*) no entran dentro de ese grupo¹⁴. Cualquier conjunto de objetos forman una *clase natural* si y sólo si es «*proyectable*», es decir, si las proposiciones acerca de algún miembro de ese conjunto pueden ser extendidas, científicamente, por razonamiento inductivo, a otros miembros. En general, podemos decir que las distintas culturas realizan análogas clasificaciones naturales¹⁵. En biología sistemática, tanto la *especie* como el *organismo* son *categorías naturales* que tienen sus propias reglas, a diferencia de los individuos que las componen¹⁶.

Aunque a simple vista el concepto de *organismo* parece claro, sin embargo, no ha estado exento de controversia. En efecto, en el año 1989, la revista «*American*

10. REBECK, J.: «Moléculas sintéticas autorreplicantes», *Investigación y Ciencia* (septiembre 1994), pp. 20-26.

11. MAY, R.M.: «Número de especies que habitan la Tierra», *Investigación y Ciencia* (diciembre 1992), pp. 6-12.

12. GHISELIN, M.T.: «Natural kinds and supraorganismal individuals», en Douglas L. Medin y Scott Atran (eds.): *Folkbiology*, Boston, The MIT Press, 1999, pp. 447-460.

13. QUINE, W.V.O.: «Natural Kinds», en *Ontological Reality and Other Essays*, New York, NY, Columbia University Press, 1969, pp. 114-138.

14. GHISELIN, M.T.: Op. cit.

15. MOLINO, J.: «Toward an Evolutionary Theory of Music and Language», *The Origins of Music*, Cambridge, Mass, A Bradford Book, The MIT Press, 2000.

16. GHISELIN, M.T.: Op. cit.

Zoologist» planteó la siguiente pregunta: *¿Existen los organismos?*¹⁷. La pregunta no era baladí debido a que el gran avance de la biología molecular llevó el conocimiento biológico a un *reduccionismo* extremo. Tres son los principales tipos de respuesta que se han dado, a lo largo de la historia, a la pregunta de Michael Ruse: *vitalista/emergentista, reduccionista e instrumentalista*¹⁸. Para los *reduccionistas*, los organismos son conjuntos de átomos que se rigen por las leyes de la física, y de la química, y punto y final¹⁹. Dicho de otro modo, los organismos «no son entidades reales», lo único real son las entidades descritas por la física y la bioquímica. Un caballo, una margarita no existen más que por una convención verbal o social. Según Alexander Rosemberg²⁰, los organismos tan sólo son términos convencionales. Para los *vitalistas/emergentistas*, un organismo no se reduce a ser un mero mecanismo, una máquina con múltiples piezas y funciones. Para ellos, son entidades con nuevas propiedades emergentes. Finalmente, la corriente *instrumentalista* es la que aporta la respuesta más interesante. En efecto, evita los escollos del vitalismo y del mecanicismo, pero retiene lo mejor de ambas corrientes: el deseo de explicar un sistema complejo y sus transformaciones temporales, y el poder explicativo del reduccionismo. Para ellos, el organismo es la proyección de una categoría real (*Clase natural*) con fines pragmáticos. Son complejos conjuntos de niveles de organización, colocados según patrones fuertemente ordenados, sin que ninguno de estos niveles sea más importante que los otros, para un completo entendimiento de los fenómenos vitales²¹. Actualmente parece que de nuevo se esté produciendo un resurgir de las teorías holistas sobre el concepto de organismo²².

Para nosotros, los organismos, incluidos los humanos, «somos» *conjuntos ontológicamente reales (clases naturales)*. La esencia de ser organismos nos la da el hecho de poseer *cuerpos con ciclos vitales*²³. Somos cuerpos cambiantes, a lo largo del tiempo, con un destino que depende de la interacción entre nuestros programas de fábrica y la acción del medio. Para Dennett²⁴ los humanos somos criaturas con inmensas capacidades de predicción y reflexión sobre nuestro futuro que nos diferencian, radicalmente, de los demás organismos. Somos el resultado, básicamente, de la dinámica de potenciación debida, en parte, a nuestro lenguaje. En la vida cotidiana también utilizamos el término organismo

17. RUSE, M.: «Do Organisms Exist?», *Amer Zool*, 29 (1989), pp. 1061-1066.

18. WOLFE, C.T.: «The concept...», op.cit; WOLFE, C.T.: «L'organisme, une fiction instrumentale», *Sciences et Avenir. Hors-Série* (Juillet/Aout, 2006), p. 41 (cita 6).

19. HULL, D.: «Philosophy and biology», en G. Fløistad (ed.): *Contemporary philosophy: a new survey*, The Hague, M. Nijhoff, 2 (1981), p. 282.

20. Cit. por WOLFE, C.T.: «L'organisme...», op. cit., p. 41.

21. BOCK, W.: «Organisms as Functional Machines: A Connectivity Explanation», *American Zoologist*, 29 (1989), pp. 1119-1132.

22. LAUBICHLER, M.: «The Organism is dead. Long live the organism!», *Perspectives on Science* 2000, 8 (2000), pp. 286-315.

23. BONNER, J.T.: «El ciclo vital», en *Ciclos Vitales. Confesiones de un biólogo*, Madrid, Alianza Universidad, 1995, p. 31. Como señala John, Tyler Bonner en este libro, los organismos no son solamente adultos: son ciclos vitales.

24. DENNETT, D.C.: *Darwin's dangerous idea*, New York, A Touchtone Book, 1996.

para referirnos al *cuerpo* ya que, como también dice Dennett²⁵, «todo lo vivo tiene un cuerpo». En este sentido, hablar del *cuerpo* sería un importante apartado a considerar, en el tema que nos ocupa, pero su inclusión en este artículo se aleja de nuestros objetivos.

Finalmente, si tuviéramos que extraer una serie de conclusiones generales que sinteticen las principales ideas expuestas en este apartado, éstas podrían ser:

1) Los conceptos científicos de la Biología moderna no son estructuras monolíticas y estables. Están tremendamente influidas por la cosmovisión (ideología, filosofía, cultura, creencias, etc.) que cada uno de nosotros tiene. Podemos decir que el nacimiento de nuevos conceptos, siempre, ha estado más influido por el ámbito cultural y las concepciones preexistentes que por los propios hechos científicos.

2) El *objeto material* de la Biología son los *organismos* , no la vida. Es decir, el estudio de esa *clase natural* de objetos caracterizados por poseer un *cuerpo* , sometido a un *ciclo vital* , cuyo comportamiento depende de la interacción de sus propios *programas* con el *ambiente* . El *objeto formal* de la Biología será el estudio, en particular, de esos cuatro elementos: *cuerpo* , *ciclo vital* , *programas* y *ambiente* . Los *organismos humanos* participamos de las mismas características.

3) El término *vida* es un concepto extra-científico, un concepto «maná». La vida como sustantivo, como esencia, no existe. Utilizar el concepto de «vida» como un concepto científico para argumentar, a favor o en contra, de determinadas prácticas sociales (aborto, eutanasia, contracepción, etc.) es inadmisiblemente científico.

3. CONCEPTO DE SEXO Y DE SEXUALIDAD

Para abordar de forma rigurosa los temas relacionados con el concepto de *género* , es importante tener claros los conceptos de *sexo* , *identidad de género* , *papel de género* y *orientación sexual* , que desarrollaremos en este y en los siguientes apartados. Aquí, reflexionaremos sobre el concepto de *sexo* desde una perspectiva biológica.

Una de las características más importantes de los términos *sexo* , *sexualidad* o *experiencia sexual* es su gran ambigüedad, muy relacionada con el contexto en el que se utilizan. En efecto, como dicen Diamon y Yates²⁶, esos términos pueden hacer referencia tanto al coito, como a las características genéticas y biológicas de un determinado individuo. De ahí que comenten, con cierta ironía, que la ambigüedad del término *sexo* , no se debe atribuir sólo a Bill Clinton al no considerar como tal, ante un tribunal, los contactos orogenitales. El 50% de los adolescentes opinan igual.

25. DENNETT, D.C.: *Tipos de mente*, Madrid, Editorial Debate, 2000.

26. DIAMON, M. y YATES A.: «Preface: Sex and gender», *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 13 (2004), pp. xv-xvii.

Sin embargo, desde el punto de vista de la Biología, se denomina *sexo* al conjunto de características biológicas de un organismo que permiten diferenciarlo como portador de uno u otro tipo de células reproductoras o gametos (óvulos o espermatozoides), o de ambos (organismos hermafroditas). *Sexualidad*, por su parte, se refiere a las actividades que los organismos llevamos a cabo para poder intercambiar nuestro material genético y conseguir una mayor diversidad y adaptación al medio. Entre los organismos animales existen dos grandes variedades atendiendo al origen de sus gametos²⁷: a) *organismos gonocóricos* (con dos tipos de individuos, atendiendo a sus gametos y características sexuales). En ellos podemos hablar de dos sexos, uno portador de los gametos masculinos y otro portador de los gametos femeninos, y b) *organismos hermafroditas* que son portadores de ambos gametos y por lo tanto de ambos sexos (*hermafroditas verdaderos o sincrónicos*). En los peces²⁸ la forma más frecuente de *hermafroditismo es el secuencial*, debido a que sus dos gónadas, masculina y femenina, no maduran al mismo tiempo. En unos casos, maduran antes las gónadas masculinas que las femeninas (*hermafroditismo protándrico*), como ocurre en la *dorada* (*Sparus auratus*) que comienza como macho y posteriormente se hace hembra, mientras que en otros maduran antes las gónadas femeninas que las masculinas (*hermafroditismo protogínico*), como en el mero (*Epinephelus guaza*). Parece ser que el cambio de sexo, en estos casos, está determinado fundamentalmente por razones «sociales».

En el caso de nuestra especie, como *organismos gonocóricos* que somos, estamos acostumbrados a hablar de dos sexos, *masculino* (*hombre*) y *femenino* (*mujer*), así como de una serie de características que nos permiten establecer diferencias entre ambos. Los *caracteres sexuales* fueron definidos en el año 1869 por el anatomista Hunter²⁹ quien los dividió en *primarios*, presentes ya al nacer, y *secundarios*, los que se adquieren con el desarrollo sexual en la pubertad. Más tarde, Havellock Ellis³⁰, padre de la sexología moderna, los clasificó en *primarios*, las *gónadas* (ovarios o testículos), *secundarios*, el *tracto genital* masculino (pene, próstata, conductos seminíferos, epidídimo, conducto deferente y vesículas seminales) y femenino (vulva, vagina, útero y trompas) y *terciarios*, la morfología corporal, la voz, el psiquismo, y el esqueleto, que sólo se alcanzan en la pubertad. Más recientemente, los *caracteres sexuales* de los humanos han sido divididos en los siguientes tipos³¹, con alguna matización nuestra, basada en otros autores:

27. DE JUAN, J.; GARCÍA-IRLES, M.; PÉREZ-CAÑAVÉRAS, R.M. y MENGUAL, R.: «Influencia del sistema visual en la reproducción de los peces», en S. Zamora, B. Agulleiro y P. García (eds.): *Acuicultura I: Biología Marina. Reproducción y desarrollo*, Murcia, Universidad de Murcia, pp. 191-217.

28. *Ibíd.*

29. HUNTER, J.: *Essays and observations*, Londres, 1869.

30. ELLIS, H.: *Man and Woman*, Boston, Houghton and Mifflin, 1929.

31. BOTELLA LLUSIA, J.: «La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales: a los sesenta y siete años de un libro fundamental» y «Los caracteres sexuales y su clasificación», en J. Botella Llusia y A. Fernández de Molina (eds.): *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*, Madrid, Editorial Díaz de Santos, 1997, pp. 1-11 y 77-84.

a) *Primarios o genéticos*, que se encuentran contenidos en los genes (sexo genético) y en los cromosomas de todas las células del cuerpo (sexo cromosómico, según la clasificación de Migeon y Wisniewski)³². Son el par de cromosomas denominados sexuales (XX para la mujer y XY para el hombre) y los genes implicados, como el gen SRY (*Sex-determining gene region of the Y chromosome*), ubicado en el cromosoma Y del varón.

b) *Secundarios (Sexo gonadal*, de la clasificación de Migeon y Wisniewski), consistentes en la presencia de los ovarios, con sus óvulos y hormonas esteroideas femeninas (*estrógenos y progesterona*), en la mujer, y de los testículos, con sus espermatozoides y hormonas esteroideas masculinas (*andrógenos*), en el hombre. Bajo el nombre de *sexo hormonal*, Migeon y Wisniewski denominan al tercer parámetro de su clasificación. Precisamente, las mencionadas hormonas son las responsables del desarrollo y normal funcionamiento del resto de los *caracteres sexuales* y del organismo en general. En el caso de los *andrógenos*, no sólo basta con su producción, sino que es necesaria la presencia de receptores para ellos, en las células de los genitales externos. Un factor importante en el desarrollo sexual es el denominado *Factor Determinante del Testículo* (TDF, siglas de *testis determining factor*) identificado por Vilain y McCabe³³. Este factor se localiza en el brazo corto del cromosoma Y³⁴, donde se identificó el mencionado gen SRY. El testículo también es responsable de la producción de una proteína, la *sustancia inhibidora del conducto de Müller*, implicada en la diferenciación sexual masculina, especialmente en la secuencia de eventos que determinan la regresión de los conductos de Müller y la no formación del útero, trompas de Falopios y tercio superior de la vagina.

c) *Terciarios o genitales*, es decir las características diferenciales que existen en el tracto genital femenino (trompas de Falopio, útero, vagina y vulva) y en el masculino (epidídimo, conducto deferente, vesículas seminales, próstata y genitales externos). En la clasificación de Migeon y Wisniewski todas estas características, excepto los genitales externos, se recogen como el cuarto parámetro de la biología del sexo, bajo el nombre de *estructuras reproductivas internas*. Para los citados autores, los genitales externos representan el quinto parámetro a considerar al caracterizar el sexo.

d) *Cuaternarios o aparentes*, formados por todas aquellos rasgos y características somáticas que a primera vista nos evocan feminidad o masculinidad, tales como: desarrollo de las mamas, distribución de la grasa y del vello, forma del esqueleto, desarrollo muscular, características de la voz, características y textura de la piel, etc.

32. MIGEON, C. y WISNIEWSKI, A.: «Sexual differentiation: From genes to gender», *Horm Res*, 50 (1998), pp. 245-251.

33. VILAIN, E. y MCCABE, E.: «Mammalian sex determination: From gonads to brain», *Mol Genet Metabol*, 65 (1998), pp. 74-84.

34. HAQQ, C. y DONAHOE, P.: «Regulation of sexual dimorphism in mammals», *Physiol Rev*, 78 (1998), pp. 1-33.

e) De *quinto orden o psíquicos (gender-identity/role)* que para Botella Llusía estarían representados por la libido, el instinto de pareja, diferencias neurobiológicas, el instinto maternal, etc. Características que, en nuestra opinión, son meras especulaciones. En la clasificación de Migeon y Wisniewski, constituyen el sexto parámetro, bajo el nombre de «cerebro sexual» (*Brain Sex*).

Aunque con este listado de características sexuales parecería casi imposible que ningún ser humano pudiera caer fuera de las categorías biológicas de hombre o mujer, sin embargo existen situaciones de difícil catalogación recogidos bajo el nombre de *Trastornos del Desarrollo Sexual* o DSD o DSDs en plural³⁵, según su abreviatura en inglés (*Disorders of Sex Development*). Se trata de una terminología utilizada para desplazar términos como «intersexo», «tercer sexo», «pseudohermafroditismo», «hermafroditismo», «sex reversal», etc. porque son considerados, con frecuencia, peyorativos u ofensivos para las personas portadoras de estas situaciones³⁶.

Los DSDs se definen como alteraciones congénitas en las que el desarrollo de los caracteres sexuales (primarios, secundarios, etc.) es atípico³⁷. Se trata de un heterogéneo grupo de condiciones que interfieren con la determinación y diferenciación del sexo, durante el desarrollo embrionario y fetal. Los datos estadísticos sobre la prevalencia de estos procesos son limitados³⁸. Se estima que hay un caso por cada 5.500 nacidos³⁹, siendo la *hiperplasia adrenal congénita* o CAH (siglas de *Congenital Adrenal Hyperplase*) el trastorno más común como causa de genitales ambiguos, representando aproximadamente el 50% de todos los casos de ambigüedad genital del periodo neonatal⁴⁰. A nivel mundial, la incidencia de CAH es de 1:15.000 aunque varía considerablemente en diferentes poblaciones⁴¹. La segunda causa más frecuente de DSDs es la *Disgenesia Gonoadal Mixta*⁴² con una incidencia de 1:10.000.

35. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex development», *Curr Opin Obstet Gynecol*, 19 (2007), pp. 440-445.

36. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex...», op. cit. Ver también CONN, J.; GILLAM, L. y CONWAY, G.: «Revealing the diagnosis of androgen insensitivity syndrome in adulthood», *BMJ*, 331 (2005), pp. 628-630.

37. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex...», op. cit.

38. *Ibid.* Ver también BLACKLESS, M.; CHARUVASTRA, A.; DERRYCK, A.; FAUSTO STERLING, A.; LAUZANNE, K y LEE, E.: «How sexually dimorphic are we? Review and síntesis», *Am J Hum Biol.*, 13 (2000), pp. 260-268.

39. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex ...», op. cit. Ver también SAX, L.: «How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling», *J Sex Res*, 39 (2002), pp. 174-178.

40. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex...», op. cit. Ver también THYEN, U.; LANZ, K.; HOLTERTUS, P.M. y HIORT, O.: «Epidemiology and initial management of ambiguous genitalia at birth in Germany», *Horm Res*, 66 (2006), pp. 195-203.

41. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex...», op. cit. Ver también PANG, S.Y.; WALLACE, MA.; HOFMAN L.; THULINE, H.C.; DORCHE, C.; LLYON, I.C.; DOBBINS, R.H.; KLING, S.; FUJIEDA, K. y SUWA, S.: «Worldwide experience in newborn screening for classical congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency», *Pediatrics*, 81 (1988), pp. 866-874.

42. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex ...», op. cit. Ver también SKAKKEBAEK, N.E.: «Testicular dysgenesis síndrome», *Horm Res*, 60 (Suplem.3) (2003), p. 49.

Del análisis de estos casos, la bióloga celular y del desarrollo, Ann Fausto Sterling, en sendas publicaciones con los títulos de *The five sexes* (1993) y *The five sexes, revisited* (2000)⁴³ elaboró una clasificación de los sexos en las siguientes cinco categorías:

- a) «*Male*»: Hombres con el aparato reproductor normal.
- b) «*Female*»: Mujeres con el aparato reproductor normal.
- c) «*Herms*»: Hermafroditas verdaderos, nacidos con tejido testicular y ovarico
- d) «*Merm*s»: Seudohermafroditas masculinos, nacido con testículos y algún aspecto femenino de sus genitales.
- e) «*Ferm*s»: Seudohermafroditas femeninos, nacido con ovario y algún aspecto masculino de sus genitales.

No es éste el lugar para describir los mecanismos que determinan las mencionadas modificaciones. Los interesados en el tema pueden leer el capítulo 16 del libro de Bruce M. Carlson⁴⁴, donde encontrarán una clara explicación del desarrollo normal de los sistemas reproductores y de sus alteraciones.

Finalmente, debemos decir que los casos de organismos con modificaciones en el desarrollo que dan lugar a situaciones intersexuales no son exclusivos de la especie humana. Un ejemplo muy interesante y llamativo se da en el pajarillo *pinzón zebra* (*Taeniopygia guttata*) debido a su librea rallada⁴⁵. Se trata de un caso raro de ejemplares ginandromórficos, caracterizados porque la mitad derecha de su cuerpo presenta características sexuales de macho (librea muy vistosa, testículo, cerebro cuyas células poseen cromosomas y genes machos), mientras que el lado izquierdo tiene un aspecto típicamente de hembra (librea discreta, ovario, neuronas con cromosomas sexuales característicos de la hembra).

4. IDENTIDAD DE GÉNERO Y PAPEL DE GÉNERO

Otras palabras que generan confusión son las de *género* e *identidad*. Como con el término *sexo*, la palabra *género* tampoco está exenta de usos e interpretaciones ambiguas. En ocasiones se emplea como sinónimo de *sexo*, otras veces se utiliza para designar un *constructo social*, en el que se separa lo sociológico de lo biológico y por último, es considerada como un elemento meramente lingüístico. El término *identidad* hace referencia a «*como se considera uno así mismo*»: ¿como hombre o como mujer?; ¿como homosexual, heterosexual o bisexual?; ¿como optimista o pesimista?, etc.

43. FAUSTO STERLING, A.: «The five sexes», *The Sciences* (March/August 1993), pp. 20-24; FAUSTO STERLING, A.: «The five sexes, revisited», *The Sciences* (July/August 2000), pp. 19-23.

44. CARLSON, B.M.: «Sistema urogenital», en *Embriología humana y biología del desarrollo*, Madrid, Mosby/Elsevier, pp. 393-427.

45. AGATE, R.J.; GRISHAM, W.; WADE, J.; MANN, S.; WINGFIELD, J.; SCHANEN, C.; PALOTIE, A. y ARNOLD, A.P.: «Neural, not gonadal, origin of brain sex differences in a gynandromorphic finch», *PNAS*, 100 (2003), pp. 4873-4878.

El término *identidad de género* (*Gender Identity*) fue introducido por Hooker⁴⁶, un psicólogo y Stoller⁴⁷, un psicoanalista, casi simultáneamente, a principios de los sesenta. Para John Money⁴⁸ la identidad de género es la *propia categorización* de una individualidad como hombre, mujer o ambivalente, en la que uno tiene autoconciencia de los propios procesos mentales y de las conductas propias. Aquí entendemos la *identidad de género* como la conciencia de sentirse hombre o mujer⁴⁹

El *papel de género* (*Gender Role*) es la *manifestación pública* de la propia identidad de género, lo que uno dice y hace, en base a que se infiera que es un hombre o una mujer o se corresponde con una u otra de esas categorías⁵⁰. Son los rasgos de conducta, actitud y personalidad que una sociedad, en un determinado periodo histórico y cultural, designa como masculino o femenino. Lo que esa sociedad «espera» de una persona con un determinado sexo o adscrita a un determinado género, en el «entendimiento» de que a cada sexo/género se le atribuye, cultural y socialmente, un determinado comportamiento (preferencia por unos juguetes u otros, manierismo, estilo de vestir, etc.)⁵¹. Las humanidades y las ciencias sociales definen el papel de género como un conjunto de *normas de conducta* asociadas a hombres y mujeres, respectivamente, dentro de un determinado grupo o sistema.

Íntimamente relacionado con la identidad de género se encuentra el *transsexualismo* o *transexualidad*. Básicamente consiste en desarrollar una identidad de género que no es acorde con los *caracteres sexuales* comentados más arriba (primarios, secundarios, etc.). Algunos han definido el *transsexualismo* como una forma extrema de *disforia de género*. Por *disforia de género* se entiende la discrepancia entre identidad/papel de género, por una parte, y las características físicas del cuerpo, por otra⁵². Para otros consiste en el *discomfort* resultante de vivir como hombre o como mujer⁵³. Cuando el *distress* producido es muy intenso, solicitan el cambio de sexo. En el *transsexualismo*, la identidad/papel de un sexo coexisten con los *caracteres sexuales* (primarios, secundarios, etc.) del otro sexo,

46. MONEY, J.: «The conceptual neutering of gender and the criminalization of sex», *Arch Sex Behav*, 14 (1985), pp. 279-290.

47. STOLLER, R.: «The hermaphroditic identity of hermaphrodites», *J Nerv Ment Dis*, 139 (1964), pp. 453-457.

48. MONEY, J.: «The development of sexuality and eroticism in humankind», *Q Rev Biol.*, 56 (1981), pp. 379-404; MONEY, J.: The sexological concept of bipotentiality, *Exp Clin Endocrin*, 98 (1991), pp. 151-153.

49. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex ...», op. cit. MONEY, J. y EHRHARDT, A.A.: *Man and women, boy and girl*, Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1972; BYNE, W.: «Developmental endocrine influences on gender identity: implications for management of disorders of sex development», *Mt Sinai J Med*, 73 (2006), pp. 950-959.

50. GOOREN, L.: «The Biology of human psychosexual differentiation», *Hormones and Behavior*, 50 (2006), pp. 589-601.

51. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex ...», op. cit. MONEY, J. y EHRHARDT, A.A.: Op.cit.; BYNE, W.: Op.cit., Ver cita 48.

52. GOOREN, L.: «The Biology of human...», op. cit.

53. GREEN, R.: «Gender development and reassignment», *Psychiatry*, 6 (2007), pp. 121-124.

dentro de una misma persona. Por otra parte, con las técnicas de evaluación biológica actuales, no se observan signos objetivos de DSDs en las personas transexuales, por lo que el *transexualismo* precisa como requisito que no haya historia clínica de DSDs. En resumen, la persona transexual considera que su identidad/papel de género es suyo, pero se sienten atrapados en un cuerpo que no es el suyo. Por ello, podemos decir que la transexualidad no es una *disforia de género*, sino una *disforia de cuerpo*.

La prevalencia es de 1:10.000 casos de transexualidad de hombre a mujer (MtF, siglas de **M**ale, **t**ransexuality y **F**emale) y de 1:30.000 para la variante de mujer a hombre (FtM). La identidad y la conducta de género emergen tempranamente en la vida de las personas, concretamente hacia el final del tercer año. Hay madres que lo detectan cuando los bebés empiezan a hablar e insisten en utilizar sus vestidos y zapatos, o al mostrar interés sólo por los juguetes de niñas. Por otra parte, no todos los niños con discrepancias de *género* se convierten en transexuales. Solamente un 23% de los casos con un problema de género en la niñez pasan a ser transexuales cuando adultos⁵⁴. Para mayor información sobre transexualidad puede consultarse la obra de Becerra⁵⁵.

5. ORIENTACIÓN SEXUAL

La *orientación sexual* se refiere a las conductas derivadas de las preferencias o respuestas eróticas que cada uno tiene, y que incluyen desde conductas explícitas, tales como las descritas por Byne⁵⁶, *androfilica* (atracción por el hombre), *ginefilica* (atracción por la mujer) o *bisexual* (atracción por ambos), fantasías sexuales y atracción sexual, de ahí que se hable también de *heterosexualidad*, *homosexualidad* y *bisexualidad*⁵⁷. También se puede definir como la respuesta dada por una persona a un estímulo sexual. Fausto Sterling en su libro *Cuerpos sexuados*⁵⁸, habla de otros términos como *ebofilia* (preferencia por los jóvenes púberes), *efebofilia* (preferencia por los varones adolescentes), *pedofilia* (preferencia por los niños), *ginofilia* (preferencia por las mujeres adultas) y *androfilia* (preferencia por varones adultos). De todas las respuestas sexuales, la más relevante para definir la orientación sexual es el sexo de la persona por la que un sujeto siente atracción⁵⁹. Sin embargo, el término preferencia sexual es probablemente poco acertado⁶⁰.

54. COHEN-KETTENIS, P.T. y GOOREN, L.J.G.: «Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment», *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (1998), pp. 315-333. COOLIDGE, F.L.; THEDE, L.L, YOUNG, S.E.: «The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample», *Behavior Genetics*, 32 (2002), pp. 251-257.

55. BECERRA FERNÁNDEZ, A. *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*, Madrid, Díaz de Santos, 2003.

56. BYNE, W.: «Developmental endocrine influences...», op. cit.

57. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex...», op. cit. MONEY, J. y EHRHARDT, A.A.: Op.cit.; BYNE, W.: Op. cit. Ver cita 48.

58. FAUSTO STERLING, A.: *Cuerpos sexuados*, Barcelona, Editorial Melusina, 2006, p. 21.

59. ZUCKER, K.J.: «Intersexuality and gender identity differentiation», *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 15 (2002), pp. 3-13.

60. GOOREN, L.: «The Biology of human...», op. cit.

6. SEXO, GÉNERO Y NEUROCIENCIAS

En este último apartado nos enfrentamos a un tema, a la vez que apasionante, desde el punto de vista científico, altamente controvertido, tanto desde la perspectiva científica como de la ideológica. En el número 1 de *Feminismo/s*⁶¹ hay un excelente estudio en el que se analizan los prejuicios que, sobre la mujer, han existido y existen en el ámbito de la ciencia. Nuestro interés aquí es dar una visión general y aportar datos sobre el tema y que cada uno extraiga sus propias conclusiones.

6.1. De la teoría de la *neutralidad psicosexual* a las teorías biológicas

El *desarrollo psicosexual* humano es un proceso complejo, influido por múltiples factores, a saber: genéticos, gonadales, hormonales, desarrollo, neurobiológicos, culturales, sociales y familiares⁶². Tres son los aspectos a considerar en este proceso: la *identidad de género*, el *papel de género* y la *orientación sexual*.

En los años sesenta, debido a los avances de la cirugía plástica y de la teoría de la *identidad de género* al uso, que consideraba el *género* como un producto de los genitales y de la educación («*genitales más crianza*»), se impuso la cirugía correctiva de los órganos sexuales, en recién nacidos con DSDs. Esta práctica se viene realizando, desde entonces, con una proporción de cerca de una intervención por cada 2000 nacimientos. En la mayoría de los casos se reconstruyen los genitales como femeninos, reasignando al bebé con DSD como niña. Esta preferencia quirúrgica se debe a su mayor facilidad, más que a consideraciones sobre el futuro de la criatura.

La base de estas prácticas quirúrgicas es la creencia de que al nacer todos somos psicosexualmente neutros, en cuanto a la *identidad de género*⁶³. De ahí que, para algunos autores⁶⁴, la educación recibida fuera *mejor predictor*, tanto de la *identidad* y del *papel de género* como de la *orientación sexual*, que las variables biológicas. Dicho de otro modo, para esos autores, en el desarrollo psicosexual predominaba lo adquirido o ambiental (*nurtura*) sobre lo congénito o heredado (*natura*). Podemos imaginar las graves consecuencias que la «*teoría de la crianza y socialización*», unida a las prácticas quirúrgicas correctivas, han tenido sobre las numerosas personas sometidas a ellas. En las últimas dos décadas, la creencia en la influencia ambiental y en la maleabilidad temprana del género ha sido puesta

61. MIQUEO, C.; BARRAL MORÁN, M.J.; DELGADO ECHEVARRÍA, I.; FERNÁNDEZ-TURRADO, T. y MAGALLÓN, C.: Del análisis crítico a la autoridad femenina en la ciencia», *Feminismo/s*, 1 (2003), pp. 195-215.

62. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex...», op. cit. BYNE, W.: «Developmental endocrine influences...», op. cit.

63. NABHAN, Z.M. y LEE, P.A.: «Disorders of sex ...», op. cit.; DIAMOND, M.A.: «A critical evaluation of the ontogeny of human sexual behavior», *Quarterly Rev Biol.*, 40 (1965), pp. 147-176.

64. MONEY, J.; HAMPSON, J.G. y HAMPSON, J.L.: «Imprinting and the establishment of gender role», *AMA Arch Neurol Psychiatry*, 77 (1957), pp. 333-336.

en duda de forma contundente⁶⁵, a la luz de numerosos y nuevos trabajos de investigación, de cuyos datos hablaremos en lo que sigue. En consecuencia, está surgiendo todo un cuerpo de evidencias que indican que las diferencias en la *identidad de género*, en el *papel de género* y en la *preferencia sexual*, tienen gran parte de su sustrato en el propio cerebro⁶⁶.

6.2. Factores que influyen en el desarrollo del Sistema Nervioso (SN)

A partir de la sexta semana de vida intrauterina, las gonadas (ovarios o testículos) comienzan a desarrollarse, al ponerse en marcha una cascada de genes, como el gen SRY, ubicado en el cromosoma Y del padre. Una vez diferenciadas, las gonadas comienzan a producir sus respectivas hormonas sexuales (testosterona, estrógenos y progesterona). La producción de *testosterona* y *dihidrotestosterona*, por los testículos embrionarios del niño, es necesaria para el desarrollo de sus órganos sexuales entre la 6 y la 12 semanas del embarazo. La conversión de la testosterona periférica en dihidrotestosterona resulta esencial para la formación de los órganos sexuales en el feto masculino, especialmente del pene, la próstata y el escroto. En el caso de los embriones de niña, el desarrollo de los genitales externos se produce, básicamente, por la ausencia de andrógenos⁶⁷. Una vez producida la diferenciación de los órganos sexuales, como masculinos o femeninos, la siguiente etapa es la diferenciación del cerebro embrionario.

Durante la vida intrauterina, el SN está inmerso en un ambiente influido por las hormonas sexuales circulantes mencionadas, que contribuyen a la organización de sus neuronas, sinapsis y circuitos. Al llegar la pubertad, los circuitos cerebrales se activan por acción de las mismas hormonas, ya que desde el comienzo del desarrollo del cerebro, hasta la edad adulta, son muchas las neuronas de diferentes localizaciones del SN que poseen receptores para las hormonas sexuales. En la diferenciación femenina del cerebro de las niñas parece ser que éste produce *alfa-fetoproteína* (AFP) que se une fuertemente a los estrógenos maternos circulantes, para protegerse de sus efectos masculinizantes⁶⁸. Sin embargo, en la diferenciación masculina, al no haber estrógenos, es el propio cerebro el que es capaz de producirlos. De esta manera, la testosterona del niño amplía su capacidad de acción una vez convertida en estrógenos por acción de la enzima denominada *aromatasa*.

65. DIAMOND, M.: «Sex and gender are different: Sexual identity and gender identity are different», *Pacific Center for Sex and Society*. Revision 5.1 (December 3, 2001) (en http://www.hawaii.edu/PCSS/online_artcls/intersex/sexual_I_G_web.html).

66. DENNIS, C.: «The most important sexual organ», *Nature*, 427 (2004), pp. 390-392.

67. SWAAB, D.F.: «The Human Hypothalamus. Basic and Clinical Aspects. Part II: Neuropathology of the Hypothalamus and Adjacent Brain Structures», en M.J. Aminoff, F. Boller y D.F. Swaab (eds.): *Handbook of Clinical Neurology*, Amsterdam, Elsevier, 2004, p. 596.

68. BAKKER, J.; DE MEES, C.; DOUHARD, Q.; BALTHAZART, J.; GABAN, P.; SZPIRER, J. y SZPIRER, C.: «Alpha-fetoprotein protects the developing female mouse brain from masculinization and defeminization by estrogens», *Nature Neuroscience*, 9 (2006), pp. 220-226.

Los niveles de testosterona en el suero de los embriones humanos comienza a detectarse entre la 12 y 18 semanas del embarazo⁶⁹. Durante el desarrollo precoz de los niños se observan dos picos en los que los niveles séricos de testosterona están elevados. El primer pico tiene lugar hacia la mitad del embarazo de forma que entre las semanas 34 y 41 los niveles de testosterona de los chicos es 10 veces mayor que en las chicas⁷⁰. El segundo pico de testosterona se produce en el tercer mes después del nacimiento. En efecto, al final del embarazo, cuando la *AFP* cae, el feto está más expuesto a los estrógenos, producidos por la placenta, los cuales inhiben al eje-hipotálamo-hipofisario del niño. Esta inhibición se pierde después del nacimiento, lo que determina que las hormonas gonadotróficas induzcan la producción de un pico de testosterona en los niños y un pico de estrógenos en las niñas⁷¹. El nivel de testosterona en niños, en este momento, es tan alto como en el adulto, aunque gran parte de ella circula unida a proteínas. En el caso de fetos femeninos y de niñas recién nacidas, no hay un nivel elevado de testosterona en ninguno de estos dos periodos.

Estos dos picos sirven para programar y organizar las estructuras y los circuitos del cerebro para el resto de la vida del sujeto. Al llegar la pubertad, las hormonas sexuales circulantes «activan» los circuitos y desencadenan la puesta en marcha de diferentes patrones de conducta, incluidos algunos trastornos latentes que se habían generado durante el desarrollo, como por ejemplo la esquizofrenia⁷². Los cambios del cerebro, debidos a la interacción de las hormonas con el desarrollo neuronal, parecen ser la base de las diferencias de la *identidad* y el *papel de género*, de la *orientación sexual*, la *cognición* y las *conductas agresivas*, entre ambos sexos. Por tanto, aquellos factores que durante la vida intrauterina influyen en las interacciones entre las hormonas y el desarrollo del cerebro también pueden hacerlo, de manera permanente, sobre la conducta ulterior.

Son abundantes los datos que indican que las hormonas ejercen un efecto directo sobre el desarrollo del cerebro. Por ejemplo, en el síndrome de insensibilidad a los andrógenos (*Androgen Insensitivity Síndrome* o AIS), causado por una mutación del gen del receptor de estas hormonas, pacientes con un genotipo masculino (XY) se desarrollan fenotípicamente como mujeres que viven su orientación sexual y sus fantasías eróticas sin problemas de identidad de géne-

69. FINEGAN, J.A.; BARTLEMAN, B. y WONG, P.Y.: «A window for the study of prenatal sex hormone influences on postnatal development», *The Journal of General Psychology*, 150 (2006), pp. 267-275.

70. DE ZEGHER, F.; DEVLIEGER, H. y VELDHIJS, J.D.: «Pulsatile and sexually dimorphic secretion of luteinizing hormone in the human infant on the day of birth», *Pediatric research*, 32 (1992), pp. 605-607.

71. QUIGLEY, C.A.: «The postnatal gonadotropin and sex steroid surge—insights from the androgen insensitivity syndrome», *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 87 (2002), pp. 24-28.

72. COLAPINTO J.: *As Nature Made Him. The Boy Who was Raised as a Girl*, New York, Harper Collins Publishers Inc, 2001.

ro⁷³. Otro ejemplo de la influencia hormonal sobre el desarrollo del cerebro sería el de fetos masculinos (XY) que con deficiencias de alguno de los enzimas del metabolismo de los esteroides sexuales, como la *5alfa-reductasa-2* o la *17beta-hidroxiesteroide-dehidrogenasa-3*, que les impide que la *testosterona* periférica se transforme en *dihidrotestosterona*, nacen con fenotipo de niñas pero dotadas con un clítoris muy grande. Estos recién nacidos varones (XY) son habitualmente reasignados como niñas. Sin embargo, cuando la *testosterona* aparece en la pubertad, de estos niños (XY) reasignados como niñas, su clítoris aumenta hasta el tamaño de un pene, los testículos descienden y se comienzan a masculinizar y a muscular. A pesar de que estos niños habían sido reasignados como niñas, la mayoría de ellos (60%) cambian a varones heterosexuales cuando se hacen mayores⁷⁴, probablemente debido al *efecto organizador* de la *testosterona* en el desarrollo temprano de su cerebro. Un tercer ejemplo es el de aquellos niños (XY) que nacen con *extrofia cloacal* y que habitualmente también son resignados como niñas, al nacer. En dos recientes revisiones⁷⁵ se muestra como cuando estos niños (reasignados como niñas) son adultos, solamente el 65% de ellos continuaron viviendo como niñas y que cuando de este grupo se excluyeron a los que sufrían *disforia de género* el porcentaje descendió hasta el 47%. En resumen, estos ejemplos apuntan hacia la existencia de una acción directa de la *testosterona* en el desarrollo del cerebro de los niños y en el desarrollo de la identidad de género masculina y de la orientación sexual.

A pesar de que las hormonas sexuales son muy importantes para el *desarrollo psicosexual* y del SN, no son el único factor. Actualmente se sabe que actúan otros factores también, entre los que se postulan muchos genes. Concretamente, en el ratón se conocen 50 genes que se expresan a diferentes niveles del cere-

-
73. WISNIEWSKI, A.B.; MIGEON, C.J.; MEYER,-BAHLBURG, H.F.L.; GEARHART, J.P.; BERKOVITZ, G.D.; BROWN, T.R. y MONEY J.: «Complete androgen insensitivity syndrome: long-term medical, surgical, and psychosexual outcome», *The Journal of Clinical Endocrinology and metabolism*, 85 (2000), pp. 2664-2669.
74. WILSON, J.D.; GRIFFIN, J.E. y RUSSELL, D.W.: «Steroid 5a-reductase 2 deficiency», *Endocrine Reviews*, 14 (1993), pp. 577-593; HUGHES, I.A.; HOUK, C.; AHMED, S.F.; LEE, P.A.: «Consensus statement on management of intersex disorders», *Archives of Diseases Childhood*, 91 (2006), pp. 554-563; IMPERATO-MCGINLEY, J.; PETERSON, R.E. y GAUTIER, T.: «Male pseudohermaphroditism secondary to 5a-reductase deficiency –a model for the role of androgens in both the development of the male phenotype and the evolution of a male gender identity», *Journal of Steroid Biochemistry*, 11(1979), pp. 637-645; COHEN-KETTENIS, P.T.: «Gender change in 46,XY persons with 5a-reductase-2 deficiency and 17b-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency», *Archives of Sexual Behavior*, 34 (2005), pp. 399-410.
75. MEYER-BAHLBURG, H.F.L.: «Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation», *Archives of Sexual Behavior*, 34 (2005), pp. 423-438; REINER, W.G. y GEARHART, J.P.: «Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth», *The New England Journal of Medicine*, 350 (2004), pp. 333-341.

bro de los machos y de las hembras⁷⁶. También genes del cromosoma X pueden contribuir al desarrollo de la identidad de género y de la orientación sexual⁷⁷.

Debido a que la diferenciación de los genitales tiene lugar en los dos primeros meses del embarazo y que la diferenciación sexual del cerebro comienza a partir del séptimo mes y se extiende hasta la edad adulta, es fácil deducir que ambos procesos pueden ser independientes. Este «*décalage*», entre la maduración genital y el desarrollo sexual del cerebro puede dar lugar a individuos con órganos sexuales masculinos e identidad de género femenina y viceversa, fenómeno que hemos descrito antes como *transexualidad*, y de cuyas bases neurobiológicas nos ocuparemos a continuación. Este desfase también explicaría por qué, en los casos de DSDs, el grado de masculinización de los genitales no siempre refleja el mismo grado de masculinización del cerebro⁷⁸.

6.3. Cerebro, identidad y papel de género y transexualidad

Un aspecto clásico, en el que se observan claras diferencias entre niñas y niños, son las conductas relacionadas con el juego. En efecto, es un estereotipo, ampliamente extendido, que los niños son mucho más activos y rudos que las niñas y que prefieren juguetes distintos como coches y armas, por ejemplo. Por su parte, las niñas prefieren jugar con muñecas. Tradicionalmente, esta diferenciación de la conducta ha sido atribuida a la presión social. Sin embargo, cada vez hay más evidencias que reflejan la existencia de un factor endógeno, en este tipo de conductas. En efecto, diferencias similares también se dan en otros primates. Así, en un estudio realizado por Alexander y Hines⁷⁹ se ofrecieron juguetes (muñecas, coches y balones) a un grupo de monos verdes (*Cercopithecus aethiops*). Las hembras del grupo elegían, de manera consistente, las muñecas y les examinaban sus genitales. Por su parte, los machos estaban más interesados en jugar con los cochecitos y con las pelotas. Sin embargo, tanto en los monos como en los humanos, la predilección por juguetes neutros (libros de pinturas, perros de juguete, etc.) no daban diferencias de elección entre ambos sexos.

En otros estudios⁸⁰, chicas expuestas a elevadas dosis de andrógenos, durante el embarazo, debido a que padecían CAH, tendían a elegir, como compañe-

76. DEWING, P.; SHI, T.; HORVATH, S. y VILAIN, E.: «Sexually dimorphic gene expression in mouse brain precedes gonadal differentiation. *Brain Research*», *Molecular Brain Research*, 118 (2003), pp. 82-90.

77. LOPES, A.M.; ROSS, N.; CLOSE, J.; DAGNALL, A.; AMORIM, A. y GROW, T.J.: «Inactivation status of PCDH11X: sexual dimorphisms in gene expresión levels in brain», *Human Genetics*, 119 (2006), pp. 267-275.

78. SWAAB, D.F.: «The Human Hypothalamus. Basic and Clinical Aspects. Part II...», op. cit.

79. ALEXANDER, G.M. y HINES, M.: «Sex differences in response to children's toys in nonhuman primates (*Cercopithecus aethiops sabaeus*)», *Evolution and Human Behavior*, 23 (2002), pp. 467-479.

80. NORDENSTRÖM, A.; SERVIN, A.; BOHLIN, G.; LARSSON, A. y WEDELL, A.: «Sex-typed toy play behavior correlates with the degree of prenatal androgen exposure assessed by CYP21 genotype in girls with congenital adrenal hyperplasia», *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 87 (2002), pp. 5119-5124.

ros de juegos, a niños y a jugar con los mismos juguetes que éstos, siendo su conducta más ruda que las de las otras niñas. Diferencias similares han sido encontradas cuando se analizan las preferencias por el tipo de dibujo a realizar⁸¹. Las chicas prefieren realizar figuras del cuerpo humano, fundamentalmente de su sexo, así como flores y mariposas. En sus dibujos utilizan colores brillantes (rojo, naranja y amarillo), organizan los objetos en hileras y, en general, realizan dibujos de aspecto pacífico. Por el contrario, los chicos prefieren dibujar objetos técnicos (coches, aviones, trenes, armas, etc.), como si estuvieran vistos desde el aire. En general, utilizan colores oscuros como el azul. Estos datos apuntan la idea de que las diferencias sexuales, en las conductas lúdicas, aparecen pronto en la evolución, antes de los homínidos, y parecen imprimirse durante la vida intrauterina, bajo la influencia de las hormonas sexuales.

Estudios realizadas con gemelos y familias sugieren la existencia de factores genéticos en el desarrollo de la transexualidad⁸². Entre los factores de carácter genético se han descrito algunas alteraciones cromosómicas raras. Igualmente se ha encontrado que polimorfismos de los genes para los receptores alfa y beta de los estrógenos y para la *aromatasa* pueden estar relacionados con un aumento de riesgo de transexualidad⁸³.

Niveles anormales de hormonas sexuales, durante el desarrollo intrauterino temprano, también podrían jugar un papel en la génesis de la transexualidad como parece indicarlo la alta incidencia de ovarios poliquísticos, oligomenorrea y amenorrea en el grupo de transexuales FtM. Estas observaciones apuntan a que una temprana exposición del feto femenino (XX), a niveles anormalmente altos de testosterona⁸⁴ pudieran haber sido el desencadenante de la situación transexual. Los siguientes ejemplos pueden servir para ilustrar esta afirmación:

(1) El riesgo que tiene una niña con síndrome de CAH, expuesta a elevados niveles de testosterona en el útero materno, de ser transexual es hipotéticamente elevado. Sin embargo aunque en estos casos los niveles de testosterona son de 300 a 1000 veces mayores de lo normal, el riesgo real es sólo del 1 al 3%⁸⁵, y la probabilidad de padecer problemas serios de género del 5,2%⁸⁶. El consenso

81. LIJIMA, M.; ARISAKA, O. y MINAMOTO, F.: «Sex differences, in children's free drawing: a study in girls with congenital adrenal hyperplasia», *Hormones and Behavior*, 40 (2001), pp. 90-104.

82. COOLIDGE, E.L.; THEDE, L.L y YOUNG, S.E.: «The heritability of gender identity... op. cit. (Ver cita 54).

83. HENNINGSSON, S.; WESTBERG, L.; NILSSON, S.; LUNDSTRÖM, B.; EKSELIUS, L.; BODLUND, O.; LINDSTROM, E.; HELLSTRAND, M.; ROSMOND, R.; ERIKSSON, E. y LANDÉN, M.: «Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism», *Psychoneuroendocrinology*, 30 (2005), pp. 657-664.

84. PADMANABHAN, V.; MANIKKAM, M.; RECABARREN, S. y FOSTER, S.: «Prenatal testosterone excess programs reproductive and metabolic dysfunction in the female», *Molecular and Cellular Endocrinology*, 246 (2006), pp. 165-174.

85. ZUCKER, K.J.; BRADLEY, S.J.; OLIVER, G.; BLAKE, J.; FLEMING, S. y HOOD, J.: «Psychosexual development of women with congenital adrenal hyperplasia», *Hormones and Behavior*, 30 (1996), pp. 300-318.

86. DESSENS, A.B.; COHEN-KETTENIS, P.T.; MELLEBERGH, G.J.; POLL, N.; KOPPE, J.G. y BOER, K.: «Prenatal exposure to anticonvulsants and psychosexual development», *Archives of Sexual Behavior*, 28 (1999), pp. 31-44.

es, por lo tanto, que chicas con CAH deberán ser mantenidas como chicas aun cuando hayan sido masculinizadas por acción de la testosterona⁸⁷.

(2) Un segundo ejemplo es el de las mujeres epilépticas que han sido tratadas con *fenobarbital* o *difantina*, durante el embarazo, y en las que se ha observado que tienen aumentado el riesgo de tener hijos transexuales. En efecto, se sabe que ambas sustancias tienen la capacidad de cambiar el metabolismo de las hormonas sexuales y que pueden actuar en la diferenciación sexual del cerebro de los niños. En un grupo de 243 mujeres, expuestas a estas sustancias durante el embarazo⁸⁸, se encontraron tres casos de niños transexuales y algunos otros niños más con problemas de género. Aunque, aparentemente, tres niños parece ser un número pequeño, sin embargo, estadísticamente representa una proporción elevada de casos para una condición tan rara. Por otra parte, también el *dietilstilbestrol* (DES) parece incrementar el número de casos de transexualidad⁸⁹.

Frente a estas evidencias biomédicas sobre varios factores que parecen intervenir en la génesis de la transexualidad podemos decir, por el contrario, que no hay datos de que las influencias sociales postnatales puedan ser responsables de la transexualidad.

Todos estos datos han contribuido a generar la teoría de que la transexualidad se debe a la existencia de un «*desfase*» entre la diferenciación de los órganos sexuales, producida durante los primeros meses del embarazo, y la diferenciación del cerebro. Ambos procesos se presentan separados en el tiempo y es posible que utilicen diferentes mecanismos. De ser cierta esta teoría, se podría esperar que los transexuales FtM posean estructuras cerebrales con características masculinas y lo contrario los transexuales MtF. En una reciente revisión, Swaab⁹⁰ reseña importantes cambios en la porción central de la *stría terminalis* (*bed nucleus of the stria terminalis*, BSTc), una estructura que en las ratas está implicada en muchos aspectos de la conducta sexual. En humanos esta diferencia también es muy clara. En los hombres, la BSTc es el doble de grande que en las mujeres y contiene el doble de neuronas con *somatostatina*, aunque no se han encontrado diferencias en el número de neuronas de esta área, en relación con la orientación sexual. En los transexuales MtF, el BSTc aparece con características completamente femeninas. Tan sólo se conoce un caso de transexual FtM en el que se haya estudiado este núcleo y en él se observan características masculinas⁹¹. Parece bastante claro que las diferencias sexuales del BSTc no se deben a cambios en los niveles de hormonas en el adulto⁹².

87. HUGHES, I.A., et al.: «Consensus statement on management ...», op. cit.

88. DESSENS, A.B., et al.: «Prenatal exposure to anticonvulsants ...», op. cit.

89. KERLIN, S.: DES Action USA; DES Sons' information page, <http://www.desaction.org/sons.htm>; 2005.

90. SWAAB, D.C.: «Sexual differentiation of the brain and behavior», *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21 (2007), pp. 431-444.

91. *Ibid.*, pp. 431-444.

92. ZHOU, J.N.; HOFMAN, M.A.; GOOREN, L.J.G. y SWAAB, D.F.: «A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality», *Nature*, 378 (1995), pp. 68-70; KRUIJVER, F.P.M.; ZHOU, J.N.; POOL, C.W.; HOFMAN, M.A.; GOOREN, L.J. y SWAAB, D.F.: «Male-to-female transsexuals have

Evidentemente, existen otras estructuras cerebrales que presentan dimorfismo sexual, así como importantes diferencias relacionadas con la identidad y el papel de género. Sin embargo, no es un objetivo de este artículo revisar exhaustivamente el tema, sino reflexionar sobre la importancia de los aspectos biológicos sobre sexo, género y conducta.

6.4. Factores neurobiológicos de la orientación sexual

También la orientación sexual parece estar determinada por factores que actúan durante el desarrollo intrauterino, en la interacción entre las hormonas sexuales y el cerebro. También aquí, los factores genéticos han sido analizados en gemelos y en familias. El componente genético de la homosexualidad, en ambos sexos, representa un 50%⁹³. Ahora bien, todavía es un problema por resolver qué genes intervienen en ella. A pesar de que los homosexuales tienen una tasa de procreación más baja que los otros miembros de la población, resulta llamativo ver cómo el factor genético de la homosexualidad se ha perpetuado a lo largo de la evolución. Una explicación de este fenómeno podría ser que este factor tenga, a su vez, efectos beneficiosos sobre la fecundidad del grupo. Según los estudios de Camperio-Ciani et al.⁹⁴, el factor genético de la homosexualidad masculina se transmite a través de la madre y proporciona, a su vez, una mayor fecundidad en las mujeres.

También los niveles anormalmente elevados de hormonas sexuales, durante la vida intrauterina, pueden influir sobre la orientación sexual, como se deduce del alto porcentaje de chicas bisexuales y homosexuales entre las que padecen CAH⁹⁵. Otro ejemplo de la influencia de las hormonas sexuales sobre la orientación sexual son los estudios derivados del uso del *dietilestilbestrol* (DES). En efecto, entre 1939 y 1960, unos dos millones de mujeres norteamericanas y europeas consumieron DES como tratamiento para prevenir abortos. El DES es una sustancia análoga a los estrógenos que, en pequeñas dosis, no sólo produce un elevado riesgo de padecer cáncer de cuello uterino, sino de incrementar la incidencia de bisexualidad y homosexualidad, en niñas nacidas de madres que habían consumido DES⁹⁶.

female neuron numbers in a limbic nucleus», *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85 (2000), pp. 2034-2041. SWAAB, D.C.: «Sexual differentiation of the brain...», op. cit.

93. LEVAY, S. y HAMER, D.H.: «Evidence for a biological influence in male homosexuality», *Scientific American*, 270 (1994), pp. 44-49.

94. CAMPERIO-CIANI, A.; CORNA, F. y CAPILUPPI, C.: «Evidence for maternally inherited factors favouring male homosexuality and promoting female fecundity», *Proceedings, Biological Sciences*, 271 (2004), pp. 2217-2221.

95. ZUCKER, K.J.; BRADLEY, S.J.; OLIVER, G. et al.: «Psychosexual development of women...», op. cit.; MEYER-BAHLBURG, H.F.L.; GRUEN, R.S. y NEW, M.I.: «Gender change from female to male in classical congenital adrenal hyperplasia», *Hormones and Behavior*, 30 (1996), pp. 319-332.

96. MEYER-BAHLBURG, H.F.L.; EHRHARDT, A.A. y ROSEN, L.R.: «Prenatal estrogens and the development of homosexual orientation», *Developmental Psychology*, 31 (1995), pp. 12-21; EHRHARDT, A.A.; MEYER-BAHLBURG, H.F.L. y ROSEN, L.R.: «Sexual orientation after prenatal exposure to exogenous estrogen», *Archives of Sexual Behavior*, 14 (1985), pp. 57-75; TITUS-ERNSTOFF, L.; PEREZ, K.; HATCH, E.E.; TROISI, R.; PALMER, J.R.; HARTGE, P.; HYER, M.; KAUFMAN, R.; ADAM,

También la exposición prenatal a diferentes sustancias tóxicas, como *nicotina*, *anfetaminas* u *hormonas tiroideas*, incrementan el riesgo de tener hijas lesbianas⁹⁷. Otro dato de interés es el hecho de que el *estrés*, durante el embarazo, aumenta el riesgo de tener un hijo varón homosexual⁹⁸ o una hija lesbiana⁹⁹. No hay, sin embargo, evidencias sólidas respecto a su intervención durante el desarrollo postnatal. Por el contrario, niños que han nacido, por inseminación artificial, a demanda de una pareja de lesbianas, se desarrollan con una orientación heterosexual¹⁰⁰. No hay evidencias sobre la idea de que la homosexualidad masculina es el producto del aprendizaje social, como por ejemplo el derivado de una educación femenina o la idea de que se trata de un estilo de vida elegido¹⁰¹.

Otro factor importante en la determinación de la orientación sexual es el puesto que se ocupa entre los hermanos. La probabilidad de que un muchacho pueda ser homosexual se incrementa con el número de hermanos mayores que tenga. Este fenómeno se explicaría por la respuesta inmunológica de la madre contra un producto del cromosoma Y de los hijos. La posibilidad de esta respuesta contra los factores masculinos se incrementa con cada embarazo de un varón¹⁰².

Hay muchos datos clínicos que indican cómo un buen número de las estructuras cerebrales están implicadas en la orientación sexual. En efecto, pacientes con el síndrome de *Klüver-Bucy*, cuyo lóbulo temporal está afectado, cambian su orientación de heterosexual a homosexual. Tumores del lóbulo temporal y del hipotálamo han sido relacionados con cambios de la orientación sexual (a homosexualidad o a pedofilia). En animales de experimentación, como el hurón y la rata, lesiones en el área preóptica del hipotálamo producen cambios en la orientación sexual¹⁰³.

E.; STROHSNITTER, W.; NOLLER, K.; PICKETT, K.E. y HOOVER, R.: «Psychosexual characteristics of men and women exposed prenatally to diethylstilbestrol», *Epidemiology*, 14 (2003), pp. 155-160.

97. ELLIS, L. y COLE-HARDING, S.: «The effects of prenatal stress, and of prenatal alcohol and nicotine exposure, on human sexual orientation», *Physiology and Behavior*, 74 (2001), pp. 213-226; ELLIS, L. y HELLBERG, J.: «Fetal exposure to prescription drugs and adult sexual orientation», *Personality and Individual Differences*, 38 (2005), pp. 225-236.
98. ELLIS, L. y COLE-HARDING, S.: «The effects of prenatal stress ...», op. cit.; ELLIS, L.; AMES, M.A.; PECKHAM, W. y BURKE, D.: «Sexual orientation of human offspring may be altered by severe maternal stress during pregnancy», *Journal of Sex Research*, 25 (1988), pp. 152-157.
99. BAILEY, J.M.; WILLERMAN, L. y PARKS, C.: «A test of the maternal stress theory of human male homosexuality», *Archives of Sexual Behavior*, 20 (1991), pp. 277-293.
100. GREEN, R.: «Sexual identity of 37 children raised by homosexual or transsexual parents», *The American Journal of Psychiatry*, 135 (1978), pp. 692-697.
101. LEVAY, S.: *Queer Science. The Use and Abuse of Research into Homosexuality*, Cambridge, MA, USA, The MIT Press, 1996.
102. BLANCHARD, R.: «Fraternal birth order and the maternal immune hypothesis of male homosexuality», *Hormones and Behavior*, 40 (2001), pp. 105-114. BOGAERT, A.F.: «The interaction of fraternal birth order and body size in male sexual orientation», *Behavioral Neuroscience*, 117 (2003), pp. 381-384.
103. SWAAB, D.F.: «The Human Hypothalamus. Basic and Clinical Aspects. Part I: Nuclei of the Hypothalamus», en M.J. Aminoff, F. Boller, y D.F. Swaab (eds.): *Handbook of Clinical Neurology*, Amsterdam, Elsevier, 2003, p. 476; SWAAB, D.F.: «The Human Hypothalamus. Basic and Clinical Aspects. Part II...», op. cit.

El dimorfismo estructural y funcional del cerebro, relacionado con la orientación sexual, está ampliamente extendido. Una de las localizaciones donde se observan claras diferencias es en el núcleo supraquiasmático (SCN), considerado el reloj del SNC. Este núcleo presenta el doble de tamaño en los hombres homosexuales que en los hombres heterosexuales¹⁰⁴. En experimentos con ratas se puede observar una diferencia similar inducida experimentalmente. El experimento produce ratas bisexuales adultas que tienen un mayor número de neuronas en su SCN¹⁰⁵. En 1991, LeVay¹⁰⁶ describió que el área INHA-3 del hipotálamo de los varones homosexuales y de las mujeres heterosexuales es menor que la de los varones heterosexuales. Por el contrario, la comisura anterior de los varones homosexuales y de las mujeres, implicadas en actividades cognitivas y del lenguaje, es mayor que la de los varones heterosexuales¹⁰⁷.

Técnicas de Resonancia Magnética Funcional (fMRIs) han puesto de manifiesto diferencias del hipotálamo en relación con la orientación sexual. En hombres homosexuales, la actividad del hipotálamo no responde a los antidepressivos clásicos, (fluoxetina), como lo hace el hipotálamo de los hombres heterosexuales, los cuales manifiestan un tipo diferente de actividad en su sistema serotoninérgico¹⁰⁸. Otros estudios analizan las respuestas hipotalámicas frente a feromonas en relación con la orientación sexual¹⁰⁹.

7. CONCLUSIONES

Tras el análisis que acabamos de realizar cabrían muchas conclusiones y controversias. Sin embargo, fieles a los planteamientos de la introducción, nuestra intención primordial ha sido introducir la idea de que los *humanos* también somos *organismos* y que en el abordaje de cualquiera de los temas que nos conciernen, como los aquí tratados, no debemos olvidar nuestra faceta biológica, mirada sin aprensión y sin la distorsión de componentes ideológicos, ajenos a la razón y al espíritu científico. Por otra parte, desde el punto de vista de la ciencia, tampoco cabe sacralizar las evidencias científicas y utilizarlas como mera munición de confrontación frente a opiniones y creencias distintas. En fin, se trata

104. SWAAB, D.F. y HOFMAN, M.A.: «An enlarged suprachiasmatic nucleus in homosexual men», *Brain Research*, 537 (1990), pp. 141-148.

105. SWAAB, D.F.; SLOB, A.K.; HOUTSMULLER, E.J.; BRANDT, T. y ZHOU, J.N.: «Increased number of vasopressin neurons in the suprachiasmatic nucleus (SCN) of 'bisexual' adult male rats following perinatal treatment with the aromatase blocker ATD», *Brain Research. Developmental Brain Research*, 85 (1995), pp. 273-279.

106. LEVAY, S.: «A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men», *Science*, 253 (1991), pp. 1034-1037.

107. ALLEN, L.S. y GORSKI, R.A.: «Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain», *PNAS*, 89 (1992), pp. 7199-7202.

108. KINNUNEN, L.H.; MOLTZ, H.; METZ, J. y COOPER, M.: «Differential brain activation in exclusively homosexual and heterosexual men produced by the selective serotonin reuptake inhibitor, fluoxetine», *Brain Research*, 1024 (2004), pp. 251-254.

109. BERGLUND, H.; LINDSTRÖM, P. y SAVIC, I.: «Brain response to putative pheromones in lesbian women», *PNAS*, 103 (2006), pp. 8269-8274.

de establecer el dialogo entre las *Dos culturas* de las que hablaba Snow¹¹⁰, para converger en una *Tercera cultura*¹¹¹, más interdisciplinar y humana.

110. SNOW, C.P.: *The two cultures*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

111. BROCKMAN, J.: *La tercera cultura*, Barcelona, Tusquets Editores, 1995.

ELS CANVIS DE PARADIGMES CIENTÍFICS EN MEDICINA I LES DONES

ÀGUEDA GRAS-VELÁZQUEZ
ALBERT GRAS i MARTÍ
Universitat d'Alacant

1. INTRODUCCIÓ

Amb les revolucions profundes que ha patit la física en el segle XX s'ha produït un canvi de paradigmes científics que ha conduït a una reformulació de com analitzem el món físic, fet que està influïent en altres camps del coneixement. De la mateixa manera que la física clàssica va contribuir a posar, fa segles, els fonaments per al desenvolupament d'altres ciències, com ara la química o la medicina, també la nova física està proporcionant noves perspectives a tots els camps de la ciència, des de la biologia fins a la sociologia.

En aquest treball farem una ullada a la medicina des de l'òptica dels paradigmes de la física, i adoptant-hi una perspectiva de gènere. Una àrea de recerca emergent és aquella que investiga les aportacions de l'anàlisi de gènere en les ciències (la biologia, les ciències fisicoquímiques, les enginyeries, etc.)¹. En particular, l'anàlisi de la professió mèdica des del punt de vista de la categoria de gènere es veu facilitada per estudis semblants:

«L'estudi detallat de Moldow sobre les metgesses en el Washington de finals del segle XIX fa una contribució important [...] en establir, sense cap mena de dubte, que el gènere és una categoria crucial en les cultures professionals²».

L'estudi esmentat mostra que les discriminacions i dificultats amb què es troben avui en dia les dones en la professió mèdica vénen de lluny, i que els petits avanços es produeixen, de vegades, per raons ben externes a la lluita fe-

1. SCHIEBINGER, L. (ed.): *Gendered Innovations in Science and Engineering*, Stanford, Stanford University Press, 2006.

2. ANTLER, J.: «Book review on *Women Doctors in Gilded-Age Washington: Race, Gender and Professionalization*, by Gloria Moldow», *Journal of Social History*, 22 (1989), p. 549. (Consultat el 30/4/07 en <http://links.jstor.org/>).

ministra³. El camp de la salut i la medicina són molt amplis i s'hi han analitzat multitud d'aspectes, com ara la salut de les dones, les polítiques públiques, la medicalització de les dones⁴, o l'anàlisi de per què hi ha sectors feminitzats dins la salut, com és el cas de la infermeria. L'objectiu d'aquest treball és contribuir al debat sobre els canvis que s'estan produint en la pràctica mèdica i el paper de les dones en aquesta àrea, tant pel que fa als professionals com a les usuàries, des de la perspectiva dels vells i dels nous paradigmes de la ciència. Tot i les excepcions, és ben coneguda la poca visibilitat de les dones en el desenvolupament de la ciència:

«Segons mostren les biografies de les científiques, les dones han estat participant en la construcció de la ciència en totes les èpoques i en tots els llocs [...] una realitat llargament silenciada per la història de la ciència, en la qual les contribucions de les dones romanen, en general, invisibles⁵».

En el passat, la dona es considerava una mera usuària o pacient dels avanços científics i mèdics. Però aportarem dades que indiquen que les dones estan en una bona posició per a contribuir als nous paradigmes mèdics i de salut que s'estan gestant. Les dones estan entrant en els àmbits tradicionals de la medicina, i especialment en els nous, amb molta més força que els homes, tant des del punt de vista de «clientes» o usuàries, com de terapeutes o metgesses. I aquest predomini femení es produeix, com veurem, no sols com a conseqüència de la tendència recent cap a la paritat de gènere que s'observa en molts camps professionals, sinó perquè els nous paradigmes de la medicina, més que no els vells, s'adapten millor a característiques, interessos i habilitats que tradicionalment s'associen a l'univers femení.

L'estructura del treball és la següent. Per centrar el tema comentarem en primer lloc quin ha estat, i en gran mesura és, el paradigma en què es basa bona part de l'anomenada medicina occidental o medicina «tradicional» i per què està en procés de canvi. Després veurem com les noves visions quàntiques del món estan influïnt en processos de canvi en l'àmbit de les medicines, i finalment analitzarem el paper de les dones en els vells i els nous paradigmes mèdics.

-
3. Com ara que algunes universitats dels EUA van obrir a les dones les portes de les facultats de medicina com una manera de generar més ingressos en una època de crisi, en les darreries del segle XIX. Però les van tancar de seguida, espantades per l'èxit d'entrada d'alumnat femení. Citat a ANTLER, J.: Op. cit.
 4. Hi ha multitud de referències sobre el tema «Women in medicine and the medicalisation of women», que discuteixen si s'està convertint a tot el món en pacients, en especial a les dones. Una presentació interessant que resumeix el tema es troba a <http://resources.bmj.com/files/talks/santiago.ppt>, i té el suggeridor títol de «Where are the limits of medicine: are we turning the whole world into patients?»
 5. MIQUEO, C.; BARRAL MORÁN, M.J.; DELGADO ECHEVARRÍA, I.; FERNÁNDEZ-TURRADO, T.; MAGALLÓN, C.: «Del análisis crítico a la autoridad femenina en la ciencia», *Feminismo/s*, 1 (2003), p. 196.

2. VELLS I NOUS PARADIGMES

Un paradigma és un «model d'investigació d'una disciplina científica dominant en un determinat període⁶». Ens referirem ací als paradigmes més importants que ha originat la física i que han impregnat totes les altres ciències, tant les fisicoquímiques i les enginyeries com les ciències socials i la medicina. En primer lloc comentarem el paradigma mecanicista, que va acompanyar l'origen de la ciència moderna. En l'apartat següent veurem com hem passat d'un univers mecànic a una interpretació quàntica de la realitat. Com ja s'ha analitzat en un altre àmbit en aquesta revista, cada paradigma té perspectives diferents d'observar:

«Malgrat com està d'arrelada la idea que els fets estan per ser percebuts, ja siga a simple vista, ja a través d'aparells diversos de mesura, açò no succeeix ni tan sols en les ciències que tracten de comprendre i explicar els fenòmens físics, ja que des de Hanson sabem que l'observació està carregada de teoria. Un raonament ja clàssic és partir de la noció kuhniana de paradigma. Un paradigma o model és una visió del món que conté elements bàsics de creença del que és la realitat i que constitueix un marc general que estructura la mirada, les observacions, permetent veure unes coses i no d'altres. Kuhn va posar de manifest que les aportacions veritablement revolucionàries en la ciència foren el resultat d'un canvi de paradigma, d'un canvi en les formes de veure la realitat. En situar-se en un nou paradigma, els científics van ser capaços de veure nous fets i noves relacions entre aquests, que tot i que hi eren no es feien visibles des de l'antic paradigma⁷».

2.1. El paradigma mecanicista-reduccionista de la ciència

La física newtoniana va introduir la idea d'un univers format per partícules que obeeixen unes lleis fixes, les quals determinen de manera absoluta el moviment de cada partícula. Amb aquest paradigma mecanicista es va introduir el concepte de determinisme: si es coneguera l'estat de l'univers en un instant qualsevol, se'n podria determinar l'estat en qualsevol instant posterior. Un s'imagina l'univers com un mecanisme de rellotgeria en què no hi caben les sorpreses. A més a més, el «reduccionisme» de la física, que tants èxits li ha aportat (el fet de descompondre un problema en les parts més petites possibles, i tractar d'explicar el comportament global a partir d'aquestes anàlisis parcials) es va adoptar com a eina bàsica del treball científic.

La influència de la física va abastar molts altres camps del saber. La formulació newtoniana de les lleis de la mecànica, i el desenvolupament posterior de la ciència, va fer possible la revolució industrial i tecnològica, i va conduir a una percepció mecanicista no sols de la naturalesa sinó també de la societat i de les persones. Per la seua simplicitat i per la potencialitat del mètode empíric, les

6. *Diccionari de la llengua catalana*, 2a edició, IEC, Edicions 62, Enciclopèdia catalana, Barcelona, 2007.

7. MAGALLÓN PORTOLÉS, Carmen: «Epistemología y violencia. Aproximación a una visión integral sobre la violencia hacia las mujeres», *Feminismo/s*, 6 (2005), p. 34.

lleis de Newton es van convertir en un model a imitar per a filòsofs, pensadors socials, polítics i econòmics dels segles XVII al XIX. Per citar només tres exemples, el mecanicisme era l'exemple a seguir quan Adam Smith va modelitzar l'economia de lliure mercat i la divisió del treball, o quan Marx buscava les lleis deterministes de la història; i August Comte, inventor del terme «sociologia⁸», la va batejar primer com a «física social⁹». No és estrany, doncs, que també la medicina haja participat del mateix paradigma o visió del món. Aquest aspecte el desenvoluparem en la secció 3a.

Les metàfores sovint remarquen una determinada concepció de la realitat i encara avui dia es fan servir expressions relacionades amb el model mecanicista; es parla de les rodes del govern, de la maquinària de l'estat, es diu que som màquines pensants, que ens connectem i desconnectem, que es fonen els nostres fusibles, que estem «programats» per a l'èxit o el fracàs, etc.

El mecanicisme fa èmfasi en l'absolut, immutable i cert. L'ambigüïtat n'és l'enemic. Les coordenades espai-temps de Newton són una armadura per a un univers fix, predictable, que obeeix lleis rígides. De la mateixa manera, en la societat mecanicista es fa èmfasi en el centre absolut i el poder s'irradia cap a fora; els rols són fixos i rígids. L'èmfasi és en la jerarquia. Des d'aquest punt de vista, doncs, el paper «transparent» de la dona durant segles, tant en la societat en general com en el món científic (i en particular en la medicina), es pot considerar una conseqüència natural de les lleis mecanicistes.

2.2. Visió quàntica del món

Els esquemes conceptuais de la física van patir al principi del segle XX dues grans revolucions: la teoria de la relativitat i la teoria quàntica, que van modificar la nostra comprensió de la realitat i de l'observació¹⁰. Els paradigmes de la física clàssica es van alterar profundament amb l'adveniment de la interpretació quàntica dels fenòmens de la naturalesa i, com veurem, aquesta nova perspectiva està començant a entrar en la teoria i en la pràctica mèdica.

La nova visió quàntica del món ha aportat conceptes i lleis totalment diferents de les de la visió clàssica mecanicista i, en particular, de com interactua la llum amb la matèria, i la ment amb la realitat material. Tot i que la física quàntica es va desenvolupar fa gairebé 100 anys, encara avui en dia moltes conseqüències de la interpretació quàntica dels fenòmens naturals s'estan començant a entendre i són motiu d'especulació. Per exemple, sorgeix com a possibilitat que hi ha més d'un univers i que estem constantment interactuant amb molts

8. KAPOOR, A. N.; GUPTA, V.P. i GUPTA, M.: «A Dictionary of Sociology», *Frontiers of Knowledge*, Vol. III, New Delhi, Radha Pub., 2007.

9. COMTE, A.: *The positive philosophy of Auguste Comte*, (freely translated and condensed by Harriet Martineau, with an introduction by Frederic Harrison (Volume 1), Ithaca, New York, Cornell University Library, 1975), London, G. Bell and sons, 1896, p. 8.

10. Per al tema que ens ocupa, els principis de la relativitat einsteniana no són rellevants perquè s'apliquen principalment a fenòmens que involucren velocitats enormes, comparables amb la de la llum.

d'aquests universos «ocults». En un univers dinàmic, i segons aquesta hipòtesi, l'única realitat és la consciència¹¹. És a dir, que hi ha més d'una realitat objectiva, i ens podem moure d'una a una altra.

Com a exemples de noves perspectives esmentarem la coneguda paradoxa del gat de Schrödinger¹² o el fet que, d'acord amb interpretacions que resulten de l'experiment d'Aspect dels anys vuitanta, segons la teoria quàntica les partícules de l'Univers es poden considerar connectades. En l'experiment esmentat, dues partícules molt distants responen a influències externes com si es tractara d'un sol sistema, tot i que una partícula no es pot comunicar amb l'altra¹³.

És tema de debat si aquests i altres fets de la realitat «quàntica» poden fer algun paper en el funcionament del cos, o de la ment, i se'n fan anàlisis també des de les medicines:

«El significat de l'experiment [d'Aspect] va més enllà d'aquest fenomen particular. Confirma la forma de pensar sobre l'univers que és habitual en física quàntica: la idea que la matèria no està localitzada en l'espai [...] I si la vida ha evolucionat de manera que fa servir la connectivitat que revelen els experiments d'Aspect? I si la consciència no es limita a una manifestació particular de matèria en l'espai i el temps, sinó que rau en aquells aspectes de la matèria que van més enllà de l'espai i el temps? No tenim encara les eines conceptuals per a investigar aquestes idees científicament, però la nova comprensió sobre la matèria ja està tenint una influència profunda en com ens pensem en relació amb l'Univers. Estem en comunió amb l'Univers com un tot, i no hi som uns mers residents temporals en un racó¹⁴».

Impulsat pels canvis epistemològics deguts a les noves teories quàntiques es va encetar, en la primera meitat del segle XX, un corrent de pensament amb una nova perspectiva no reduccionista ni determinista. Aquesta nova percepció es va dirigir a molts camps del coneixement i, en particular, a la biologia i d'aquí a la medicina.

El segle XXI és el de l'exploració científica de noves visions de l'Univers, de la societat i de l'individu; en particular, la investigació del problema ment-

11. FRANKS, M.R.: *The Universe and Multiple Reality*, New York, Iuniverse, 2003; i també: *What is the Meaning of Reality?*, consultat el 19/10/05 en <http://www.manyuniverses.com/meaningofreality.htm>

12. La paradoxa del gat de Schrödinger es refereix a la situació en què un gat es troba dins d'una caixa hermèticament tancada i que conté una ampolla amb un verí. Si l'ampolla es trenca el gat mor. La física quàntica descriu l'estat del gat tancat en la caixa mitjançant una «superposició» dels dos estats possibles, viu o mort, amb un 50% de probabilitat cadascun. Únicament quan una persona obri la caixa, la realitat «col·lapsa» en una de les dues possibilitats. Si per exemple, en obrir la caixa el gat apareix mort, aquesta realitat immediatament es retrotrau a l'instant en què es va trencar l'ampolla. És a dir, l'acte de l'observació ha determinat l'esdeveniment.

13. LAPIEDRA, Ramon: *Els dèficits de la realitat i la creació del món*, València, Universitat de València, 2004.

14. GERBER, R.: *Vibrational medicine, Subtle-energy therapies*, 3rd ed., New York, Bear & Co., 2001, p. 245.

consciència, de la medicina quàntica o energètica¹⁵, o la societat quàntica¹⁶ (en contraposició a la visió reduccionista i determinista de la societat tradicional). Es fan esforços per analitzar la importància que pot tenir la teoria quàntica en aquests i en altres camps. Tanmateix, com històricament ocorre sempre que hi ha propostes radicalment diferents, s'alcen veus en contra de les extrapolacions d'expressions i fets de la física a altres camps del saber¹⁷.

3. EL CAS DE LA MEDICINA

Es pot analitzar l'evolució de la ciència mèdica des dels paradigmes de la física que acabem d'esmentar. Així, de les aproximacions mecanicistes i reduccionistes que dominen l'actuació mèdica, s'està evolucionant cap a una visió més integradora. Discutirem breument les dues òptiques i quins canvis es produeixen en la societat, en els quals el paper de les dones és fonamental.

3.1. El paradigma de la medicina «tradicional»

El paradigma de la medicina occidental, fins fa ben poc, ha estat el de la medicina al·lopàtica la qual beu, en part, dels postulats de la física clàssica. Els pensadors newtonians veuen l'Univers com un mecanisme ordenat, predictable i diví. El principi que subjau a una màquina és que la funció del conjunt es pot predir com la suma de les seues parts; és el reduccionisme que s'ha esmentat abans. Es poden trobar molts models mecànics (a l'estil de la física newtoniana) en la medicina actual. Per esmentar-ne només uns quants: el comportament fisiològic i psicològic depenen del maquinari estructural (*hardware*) del cos i del cervell; el cor es veu com una bomba mecànica que envia oxigen i sang rica en nutrients; hi ha màquines que reemplacen el cor malalt; el ronyó es configura com un mecanisme automàtic de filtració i intercanvi de toxines i hi ha màquines d'hemodiàlisi per a ronyons malalts.

La tecnologia biomèdica ofereix peces de recanvi, però no un coneixement profund de com revertir o prevenir moltes malalties. L'ésser humà es veu com una màquina complexa i s'han sofisticat molt els estudis dels mecanismes de rellogeria biològics fins al nivell molecular. Els cirurgians, per exemple, són «biollanterners» especialitzats: saben aïllar i eliminar components «malalts» i reconnectar el sistema per tal que funcione adequadament. La teràpia basada en drogues, tot i que té uns mecanismes d'actuació diferents dels del cirurgia, segueix sent newtoniana i pren el cos com un biomecanisme complex. En lloc de bisturís es fan servir drogues sintètiques que ataquen teixits del cos predefinits, per reforçar-los o destruir-los, segons el cas. Però tot i els èxits que obtenen, determinats problemes es resisteixen a la física i a la medicina, especialment els de caràcter «global», com ara el cos humà, el clima, els fenòmens

15. *Ibíd.*

16. ZOHAR, D.; MARSHALL, I.: *The Quantum Society: Mind, Physics and a New Social Vision*, New York, William Morrow & Co., 1993.

17. Vegeu, per exemple, SILVER, B.L.: *The ascent of science*, New York, Solomon, 1998, p. 399.

col·lectius, etc. I un percentatge gran de malalties no són tractables amb mitjans tecnològics com els esmentats.

3.2. Crisi de models?¹⁸

En els anys setanta el ritme constant de progrés mèdic a què ens havíem acostumat des del final de la II Guerra Mundial va començar a defallir. Les malalties infeccioses havien sucumbit en gran mesura als antibiòtics i a les vacunacions. Tot i així, una població que envellia es veia empaitada per «epidèmies modernes»: malalties coronàries del cor, càncer, malalties degeneratives cròniques –artritis, diabetis–, etc., contra les quals la medicina científica semblava relativament ineficaç. Noves drogues (com ara la talidomida) tenien més efectes secundaris que beneficis, i noves tècniques quirúrgiques (com ara els trasplantaments de cor) pareixia que condemnaven als pacients a morts ajornades tecnològicament.

En el pla social, el fenomen ve acompanyat de caigudes de murs i de polaritzacions. El col·lapse de polaritats polítiques antigues es va lligar amb el declivi de col·lectius que ens eren ben familiars (classes socials, sindicats, partits polítics, esglésies) i a l'esgotament de les ideologies. Es va produir una crisi àmplia d'autoritat en la societat. Als anys noranta van sorgir noves preocupacions sobre els perills socials i mediambientals de les forces econòmiques globalitzades. En una era d'horitzons rebaixats i d'expectatives reduïdes es va escampar un clima d'escepticisme sobre tota mena d'experts. La societat viu immersa en el consumisme, materialisme, banalització (TV...), hedonisme, manca d'objectius, nul esperit d'esforç, etc. D'aquesta crisi de confiança en les estructures tradicionals de la societat i en la ciència no es podia escapar la pràctica mèdica.

A finals dels setanta es va celebrar un simposi sobre la crisi de la medicina moderna amb el títol «Tot va millor però ens sentim pitjor», que va captar molt bé la paradoxa: tot i que, des de qualsevol criteri objectiu, com ara l'esperança de vida o la mortalitat infantil, les persones vivien més anys i amb més salut que en qualsevol període històric anterior, cada vegada més persones es queixaven als seus metges que es trobaven malament. Just quan la classe mèdica començava a perdre confiança a la vista de les epidèmies modernes, molta gent es queixava de símptomes físics de fatiga, malestar i dolor, per als quals sovint era impossible descobrir cap causa orgànica¹⁹.

En les dues dècades següents, durant els anys noranta, va continuar a passos de gegant la divergència entre la millora objectiva i el deteriorament subjectiu. Mentre es reduïen els ritmes de mortalitat, s'escampava més i més l'ansietat sobre la salut: SIDA, vaques boges, mòbils i línies de tensió elevada, etc. Governos, autoritats mèdiques i mitjans de comunicació es van dedicar a promoure estils

18. Adaptat de FITZPATRICK, M.: «Alternative Medicine: Should we swallow it?», en *The surrender of scientific medicine*, London, Debating Matters, IOI (Institute of Ideas), Hodder & Stoughton, 2002, pp. 63-66.

19. Vegeu, per exemple: TOSAL HERRERO, Beatriz: «Síndromes en femenino. El discurso médico sobre la fibromialgia». En aquest volum.

de vida saludables i a conscienciar la població sobre malalties. Aquest procés es va iniciar com a resposta a la SIDA de finals dels anys vuitanta, i va continuar amb les malalties del cor i amb diverses formes de càncer en els anys noranta. La preocupació pels temes de salut es va intensificar.

En un període d'inseguretat social i política en augment, que encoratjava un sentiment creixent de vulnerabilitat individual davant dels perills mediambientals, les ansietats populars es van refugiar en qüestions de salut. Els intents de promoure un estil de vida més saludable sovint tenien l'efecte de fer que les persones se sentiren malaltes i acudiren als metges amb expectatives enormes, però sovint en sortien desil·lusionades. En descriure els símptomes que els preocupaven intensament, però que resultaven inescrutables, es trobaven que els metges es comportaven de manera insensible i poc amigable. En rebien anàlisis inapropiades i tractaments ineficaços, que els deixaven frustrats o enfadats. Calia utilitzar, doncs, uns models socials diferents. L'acomodació de la societat a les medicines alternatives i complementàries (MAC)²⁰ és una indicació de la pèrdua de valor de la medicina occidental. Els nous paradigmes científics (visió quàntica) i la crisi de valors, en particular de la medicina, han desembocat en el sorgiment de les MAC.

3.3. Nous paradigmes en medicina

La nova física està proporcionant conceptes i eines analítiques a la medicina, de la mateixa manera que la física clàssica hi va contribuir. Aquestes aportacions són més visibles en el camp de les MAC, on és ben freqüent l'ús de termes com ara camps d'energia, holografies, freqüències, vibracions, energia-matèria, etc. Per exemple, es fa servir el principi hologràfic per a descriure camps bioenergètics associats amb l'estructura fisicoquímica del cos humà, i es parla de cos eteri i d'energies (o freqüències) subtils:

«Els metges [newtonians] conceptualitzen el cos com una enorme màquina, controlada pel cervell i el sistema nerviós perifèric. Però, som els humans «màquines sublimes»? O som mecanismes biològics complexos que estan en interacció dinàmica amb una sèrie de camps energètics vitals que s'interpenetren?²¹».

La medicina vibracional parla també de teràpies basades en «energies subtils»:

«El nou punt de vista de la sanació que inclou una visió en evolució de la matèria com una expressió d'energia, basat en el paradigma d'Einstein, s'anomena medicina vibracional. Veu els éssers humans com xarxes de camps energètics complexos que interaccionen amb sistemes físics/cel·lulars. Les malalties són estats de desequilibri d'aquells sistemes energètics. La medicina vibracional utilitza formes especialitzades

20. Farem servir l'abreviatura MAC per designar les *Medicines Alternatives i Complementàries*, tot i que sovint aquesta denominació és criticada per les persones que les practiquen perquè el terme «complementari» o «alternatiu» pot suggerir subordinació.

21. GERBER, R.: Op. cit., p. 269.

d'energia per a afectar positivament el desequilibri, i restaurar l'ordre que regula la fisiologia cel·lular²²».

Ens manquen eines conceptuals i instrumentals per tal de poder investigar científicament les noves propostes terapèutiques o les noves visions de l'ésser humà (en les seues múltiples vessants) i la seua relació amb l'entorn natural amb què interacciona. Hi ha qui despatxa els promotors i practicants de les MAC com a simples xarlatans, però tenim molts exemples de grans científics (fins i tot premis Nobel), que fan recerca en camps que la ciència considera poc ortodoxos:

«No és difícil trobar científics molt qualificats que qüestionen els paradigmes dominants en disciplines com la Física o la Medicina [...] La interacció ment-matèria i els fenòmens paranormals són altres dels temes preferits dels dissidents. Atès que aquestes són àrees que es presten al xarlatanisme i l'engany, cal tenir un prestigi a prova de bombes per dedicar-se a investigar en aquest terreny²³».

Les persones (els «pacients») cada vegada s'interessen més pels tractaments no convencionals per a les seues dolences o condicions de salut. En particular, com hem vist a l'apartat anterior, moltes malalties cròniques no responen bé als tractaments convencionals, i es cerquen respostes en tractaments alternatius. El nou paradigma de la medicina beurà de la física moderna i també d'altres tradicions mèdiques. Moltes teràpies alternatives s'han fet servir durant centenars d'anys, i són la font primària d'atenció mèdica a més del 70% de la població mundial. Tanmateix, hi ha poca informació de qualitat sobre si aquelles teràpies funcionen o no, o si són segures. Pacients i metges es veuen bombardejats per declaracions abundants sobre els poders curatius de moltíssimes teràpies complementàries i per un nombre semblant de denegacions, que les qualifiquen de xarlatanisme. On és la veritat? Cal dur la llum de la comprensió científica a les medicines complementàries. Les reaccions contra les MAC de l'*establishment* recorden sovint el procés seguit per les dones per ser acceptades com a metgesses, economistes, etc.

En els anys vuitanta es va iniciar un moviment fort que promou una medicina basada en l'evidència²⁴ (en les proves, en les demostracions) i que integra tres elements: els coneixements especialitzats del terapeuta, els desitjos del pacient i la millor evidència disponible. Els canvis són ràpids. Fa una dècada (meitat dels noranta) era risible parlar d'una «aproximació a les MAC basada en l'evidència».

22. *Ibíd.*, p. 270.

23. CAMPANARIO, J. M.: «Científicos que cuestionan los paradigmas dominantes: Algunas implicaciones para la enseñanza de las ciencias», *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 3 (2004), pp. 1-30. (Consultat el 12/9/06 en http://www.saum.uvigo.es/reec/volumenes/volumen3/Numero3/ART2_VOL3_N3.pdf).

24. El grup de recerca del prof. Ernst, catedràtic de Medicines Complementàries a la Universitat anglesa d'Exeter, revisa sistemàticament les publicacions científiques sobre les MAC. De cada teràpia complementària tracta de mostrar el seu origen, els conceptes subjacents, l'esquema racional en què s'hi basa, el mètode de pràctica clínica, a quines «condicions» o malalties s'aplica principalment i quines evidències (quines proves) hi ha sobre la seua seguretat i efectivitat.

L'elit mèdica i científica ha canviat en pocs anys les percepcions sobre les MAC, en aquest ordre:

- «– No funcionen i, per tant, no poden funcionar.
- Totes aquestes aproximacions són placebos.
- No totes són placebos, però algunes són perilloses.
- No totes són placebos i no totes són perilloses, però no es presten a un estudi rigorós científic sobre la seua eficiència o seguretat²⁵».

El darrer pas és conseqüència de la publicació d'estudis clínics ben disseminats. En resum, doncs, estem en un moment en què no es pot destriar el gra de la palla:

«Hi ha insatisfacció davant el reduccionisme mèdic (especialització excessiva, terapèutica química dirigida a objectius massa parcials, corrupció pels interessos de les multinacionals farmacèutiques, etc.) i tenen èxit popular les medicines alternatives que posen l'èmfasi en l'estudi del cos o de l'ésser humà com a totalitats (des de la medicina homeopàtica a tota mena de curanderismes que parlen d'energies, aliments màgics o força espiritual)²⁶».

En un altre article d'aquest volum es tracta el problema de la indústria farmacèutica²⁷. I encara més, sembla que reapareix l'eterna disputa sobre l'existència del vitalisme:

«Les teràpies energètiques es basen en l'antiga idea que la matèria viva té alguna força vital especial o energia que la fa diferent de la resta de la matèria. Avui dia aquesta energia s'associa equivocadament amb camps electromagnètics o quàntics. No s'ha trobat, però, cap evidència d'aquestes forces, energies o camps vitals²⁸».

En el futur proper es donarà, molt probablement, la convergència dels dos móns, el de la medicina clàssica i les MAC. La pràctica mèdica ortodoxa està reaccionant i adopta actituds i mètodes de les MAC que, potser, li eren també propis en el passat.

La situació és complexa però apassionant. Durant molt de temps, com hem vist, les ciències han donat una visió mecanicista de l'Univers com a format per partícules en moviments determinats per forces externes. Ara sabem, però, que l'Univers és autoorganitzatiu i autocreatiu. En la nova imatge tot l'Univers es troba radicalment entrelaçat. Aquesta nova comprensió científica es basa en la

25. ERNST, E.; PITTLER, M.H.; WIDER, B.: *A desktop guide to Complementary and Alternative Medicine, An evidence-based approach*, 2nd edition. Baltimore, Mosby Elsevier, 2006, p. IX.

26. TERRADAS, Jaume: *Biografia del món. De l'origen de la vida al col·lapse ecològic*, Barcelona, Columna, 2006, p. 60.

27. PAPÍ GÁLVEZ, Natalia; CAMBRONERO SAIZ, Belén; RUIZ CANTERO, M^a Teresa: «El género como «nicho»: el caso de la publicidad farmacéutica». En aquest volum.

28. STENGER, V.: «The Physics of Complementary and Alternative Medicine», treball en vies de publicació, consultat el 2/12/06 en <http://www.colorado.edu/philosophy/vstenger/Medicine/PhysCAM.pdf>. També es pot veure la presentació «Energy: a physicist's view» a <http://www.colorado.edu/philosophy/vstenger/Medicine>

teoria quàntica i en les teories del caos i de sistemes dinàmics, i en la teoria de la complexitat:

«Avui en dia la física ens diu que els processos irreversibles tenen una importància constructiva immensa: la vida no seria possible sense ells. La reversibilitat i el determinisme sols s'apliquen en casos límit, senzills, mentre que la irreversibilitat, les fluctuacions, i l'aleatorietat constitueixen la regla. Els sistemes físics, biològics i socials (com la natura, la vida, la humanitat, la ment i la societat) són invariablement dinàmics i evolutius. L'estudi de la complexitat representa una revolució important en la ciència actual, i constitueix una frontera inexplorada, una vegada el microcosmos i el macrocosmos han estat bastant explorats²⁹».

En aquest moment històric la societat compta, afortunadament, amb una gran implicació de les dones en tots els àmbits d'activitat, que amb seguretat ajudaran a avançar en els problemes i a obtenir-ne noves perspectives. Per exemple, l'ús de la medicina complementària o alternativa és un moviment fortament promogut pels consumidors, és a dir, els (i sobretot, *les*) pacients la reclamen. I en aquest moviment, les dones tenen un paper essencial ja que, de sempre, han estat les mitjanceres entre el sistema de salut i els familiars malalts.

4. EL PAPER DE LES DONES EN ELS VELLS I NOUS PARADIGMES MÈDICS

Com hem vist a les seccions anteriors, les estructures i autoritats patriarcals que han dominat la medicina en el passat, i que encara sobreviuen en molts àmbits, fan que les dones –metgesses, pacients– tinguin dificultats en el món de la salut. Moltes publicacions s'adrecen a l'anàlisi de les qüestions de gènere de la professió mèdica i com la participació femenina pot aportar noves perspectives. Per exemple, Pringle³⁰ troba que en àmbits que tradicionalment estaven altament masculinitzats en el passat, com ara el de cirurgians, la cirurgia pot aportar més facilitat per a la col·laboració i menys interès en formalitats i en «mantenir les distàncies» amb els col·legues. Comenta l'autora, també, que les dones tenen dificultats en entrar en la professió mèdica, llevat que vinguen de famílies amb alts nivells culturals i econòmics. Malauradament, continuen els casos de discriminació cap a les dones en el món de la medicina, però gràcies a les TIC (Tecnologies de la Informació i la Comunicació) aquests fets es difonen ràpidament³¹.

29. SANCHO, M.; MARTÍNEZ, G.; GRAS MARTÍ, A.; ABRIL, I.: «Física y Biología: hacia una Ciencia de la Complejidad», *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura* (Ejemplar dedicado a: *Biología y sus relaciones con otras ciencias*), n° 591 (1995), pp. 99.

30. PRINGLE, R.: *Sex and medicine: gender, power and authority in the medical profession*, Cambridge, Cambridge University Press, CUP, 1998.

31. En Internet es poden trobar molts exemples, com ara: «Gender discrimination still an issue for women doctors.» Publicat en *AMedNews.com*. (Consultat el 2/10/07 en <http://ama-assn.org/amednews/2007/10/08/prca1008.htm>).

La ciència i, en particular, la medicina han estat fins fa poc pràctiques culturals governades per codis de conducta i per codis d'honor masculins³² i només de fa pocs anys ha començat a fer-se servir el «gènere» com una categoria d'anàlisi en aquest àmbit. Així, en la salut pública hi ha desigualtats de gènere que només es poden estudiar adequadament si tenim en compte els tres vessants, biològic, psicològic i social, com diu la Dra. Valls-Llobet:

«El biaix de gènere en medicina s'està manifestant de tres formes diferents: en primer lloc, partint de la suposició que els problemes i els riscos per a la salut de dones i homes són iguals, quan no ho són; en segon lloc, partint de la base que hi ha diferències biològiques i psicològiques on, finalment, només hi ha semblances; i en tercer lloc, partint de la suposició que els problemes de salut només són provocats per la discriminació cultural i social, sense altres interferències basades en les diferències biològiques³³».

Analitzarem tot seguit el paper de la dona en el món de la medicina, com a cas particular de les ciències, des de diversos punts de vista: com a estudiant, com a professional i com a persona malalta.

4.1. Dones com a estudiant

Fa més de deu anys ja era evident la paritat de sexes en carreres com ara la biologia o la química, però no ho era així en d'altres com ara la física o les matemàtiques, o en les enginyeries, on els homes solen ser molt més nombrosos que les dones des dels primers cursos universitaris. Però conforme s'avança en els cursos de biologia o de química i, sobretot, en la carrera docent universitària, la paritat deixa d'existir. Per exemple, quan s'analitza la situació pel que fa al nombre de dones i homes en els diferents nivells de la carrera de biologia, es veu que mentre que en cursos de la carrera són (D/H) 147/142, i en graduar-se hi ha lleugerament més homes, (D/H) 101/118, en el nivell doctoral aquells dominen clarament, (D/H) 27/57, i són sis vegades més nombrosos els professors que les professores (D/H) 7/42³⁴. Es donen situacions ben semblants en la carrera de química. Per tant, tot i que la situació no és desigual en els nivells d'accés, sí que resulta ben desigual en els estudis de doctorat i entre el professorat universitari. Malauradament, aquesta situació no ha canviat gens en els darrers anys³⁵.

Lawrence Summers, president de la Universitat de Harvard, va dir, tot i que es va retractar, que les dones no estudien ciència ni enginyeria perquè tenen

32. NYE, R.A.: «Medicine and Science as Masculine «Fields of Honor», *Osiris, Women, Gender, and Science: New Directions*, 12 (1997), pp. 60-79.

33. VALLS-LLOBET, Carme: «Desigualtats de gènere en salut pública», *La fàbrica*, 2006. (Consultat el 12-04-07 en http://www.fabrica.cat/index.php?option=com_content&task=view&id=126&Itemid=31). Vegeu, també, VALLS LLOBET, Carme: *Dones i homes: salut i diferències*, Columna, Barcelona, 1994.

34. «A study on the status of women faculty in science at MIT». (Consultat el 12/11/06 en <http://web.mit.edu/fnl/women/wmen.html>).

35. En el treball de MIQUEO *et al.*: Op. cit., pp. 211-213, es donen algunes dades en la mateixa línia referides a l'Estat Espanyol.

habilitats diferents dels homes³⁶: no va tenir en compte que potser a les joves se'ls fa pensar, des de ben petites, que no serveixen per a les ciències ni les matemàtiques. Però no hi ha diferències perceptibles avui en dia en el nombre de joves dels dos sexes a les aules universitàries de ciències. Les dones fan el 40-50% dels doctorats que s'acaben en biologia i són més de la meitat de l'alumnat que inicia una carrera de medicina. Però en física i en enginyeria les dones són menys del 20% dels doctorats. Un estudi de la Universitat de Michigan³⁷ indica que les dones veuen les matemàtiques pures i la física com a professions aïllades i no tan útils a la societat com la biologia o la medicina. Potser en alguns camps (física, matemàtica) no s'arribarà a la paritat de gènere, com en altres (biologia, medicina) però ens hi podem apropar si mostrem a les estudiantes que en aquelles carreres també es poden fer tasques per ajudar les persones³⁸.

Molts estudis coincideixen en que les MAC són utilitzades principalment per gent jove, de sexe femení, amb estudis i de capes socials mitjanes o altes³⁹. Enquestes fetes a estudiants de medicina d'ambdós sexes mostren que la gran majoria està a favor d'introduir més assignatures de formació en MAC durant la carrera⁴⁰. Com que les dones són majoria en les aules de medicina avui en dia, aquest resultat es pot interpretar com una nova demostració de la major obertura de les dones als nous paradigmes. Tanmateix, calen estudis més detallats que tracten de contrastar aquesta hipòtesi.

En la pràctica mèdica tradicional també s'auguren canvis, com ja ocorre en alguns països on ja s'ha aconseguit la igualtat de gènere en les facultats de medicina⁴¹ i en molts pocs anys es llicenciaran més metgesses que metges. En un estudi fet entre estudiantes i estudiants de medicina es troba que les estudiantes:

«Tenen millor expedient acadèmic en la facultat de medicina i en els postgraus.
Tenen aspiracions majors.
Trien especialitats compaginables amb la família⁴²»

36. «Letter from President Summers on Women and Science». (Consultat el 12/11/06 en <http://www.president.harvard.edu/speeches/2005/womensci.html>).

37. NIROOMAND-RAD, Azam: «Women Medical Physicists in AAPM. Report on Task Force On Women», *CSWP Gazette* 19 (2000), p. 6. (Consultat el 22/06/07 en <http://www.aps.org/programs/women/reports/gazette/upload/00f.pdf>).

38. VANDERKAM, L.; DAVIDSON, J.: *Genius denied: How to stop wasting our brightest young minds*, New York, Simon & Schuster, 2004.

39. ERNST, E.: Op. cit.; PERDIGUERO, Enrique; TOSAL, Beatriz: «Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto», en aquest volum.

40. CHEZ, R.A.; JONAS, W.B.; CRAWFORD, C.: «A survey of medical students' opinions about complementary and alternative medicine», *American Journal of Obstetrics*, 185 (2001), pp. 754-757.

41. REICHENBACH, L.; BROWN, H.: «Gender and academic medicine: impacts on the health workforce», *British Medical Journal*, 329 (2004), pp. 792-795.

42. COOPER, R.A.: «Medical Schools And Their Applicants: An Analysis», *Health Affairs*, 22 (2003), pp. 71-84 (Consultat 12/02/07 en <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/22/4/71>).

4.2. Dones com a pacients

Com ja s'ha comentat també en altres articles d'aquest volum és un fet cada vegada més evident que molts estudis científics sobre malalties comunes o sobre la resposta del cos humà a medicaments s'han fet només amb homes⁴³. No estem parlant de malalties o condicions específiques d'algun sexe, com ara la malaltia de pròstata o el càncer de mama. En general, no es té en compte que poden haver –o no, però cal investigar-ho en cada cas– respostes diferents en els cossos de les dones, per les diferències de tot tipus que s'hi troben (hormonals, per exemple). En molts casos, com ara les malalties del cor, s'han trobat símptomes que pareix que són específics de cada gènere i això pot tenir conseqüències en els tractaments que se'ls hi donen. Es tracta de fer una «medicina de gènere», que compta ja amb revistes especialitzades⁴⁴. La medicina occidental fa una mirada androcèntrica, esbiaixada, que pressuposa que els problemes d'homes i de dones són semblants i que és possible extrapol·lar-los:

«Molts assaigs clínics s'han fet només entre homes, suposant que els resultats es podien aplicar automàticament a les dones: estudi de fàrmacs antilipidèmics, efectes secundaris del tabac [...]. Dècades d'investigació en prevenció, mètodes de diagnòstic i programes d'intervenció han inclòs només homes com a subjectes de la investigació i els factors de risc i els protectors per a la salut detectats en homes s'han extrapolat directament a les dones. Per exemple, l'efecte de l'àcid acetilsalicílic contra els problemes cardiovasculars en l'home no s'han pogut demostrar en la dona. Per contra, factors de risc que són crucials per a la salut de les dones, com els causats per la sobrecàrrega desigual en l'atenció a la família i la feina domèstica, encara han de ser plenament investigats»⁴⁵.

Es pot consultar la referència anterior per aprofundir en qüestions com la mirada andrògina en temes de salut i medicina, i la manca «d'una mirada de gènere no esbiaixada en l'atenció primària, en medicina interna i en les altres especialitats mèdiques, principalment la cardiologia⁴⁶».

El reduccionisme, com s'ha esmentat en seccions anteriors, resulta limitant quan no es tenen en compte qüestions de gènere:

«Sembla que tant les circumstàncies socials com els processos biofisiològics contribueixen a les freqüències i estadístiques observades. Una rígida adherència a una conclusió, excloent l'altra, és d'un provincianisme destructiu. A més, aquesta aproximació té com a resultat una incompleta i, a vegades, poc rigorosa explicació dels fenòmens. Aquesta rigidesa ha conduït a una investigació mal enfocada, a unes avaluacions inapropiades i a unes intervencions mal concebudes respecte a la malaltia. Com a resultat, el reduccionisme sociològic entre sociòlegs i treballadors de la salut

43. PERDIGUERO, E., TOSAL, B.: Op. Cit.

44. Per exemple, el *Journal of Women's Health & Gender Based Medicine*, http://www.liebertpub.com/publication.aspx?pub_id=42

45. VALLS-LLOBET, C.: Op. cit..

46. *Ibíd.*

pública s'ha convertit en tan destructivament miop com ho ha estat el reduccionisme biofisiològic entre els científics de ciències biològiques i naturals⁴⁷».

Avanços recents en ciència i tecnologia han augmentat considerablement l'interès en diferències de sexe (biològiques, genètiques, fenotípiques) i de gènere (de comportament, socials) pel que fa a malalties i als resultats dels tractaments mèdics. Cada vegada hi ha més evidència que algunes malalties afecten de manera diferent homes i dones, i se n'estan investigant les causes. Però estem només en l'inici d'un llarg camí⁴⁸.

Com a pacients, multitud d'estudis també mostren que les dones abracen més els nous paradigmes mèdics que els homes. Això és particularment cert en persones d'edat: s'han trobat clares diferències de gènere en l'ús de les MAC, ja que els homes les fan servir en menor proporció que les dones⁴⁹. A banda, un fet demostrat àmpliament, i que respon als diferents trets psicològics, és que les dones són més obertes a parlar de MAC amb metges o metgesses, i de reconèixer-ne l'ús; les diferències de percentatge entre dones/homes solen superar el 10-20%⁵⁰.

4.3. Dones com a professionals

La influència de la major quantitat de dones en professions que prèviament eren només masculines (com ara la cirurgia o l'anestesiologia) contribueix a que es produïsquen canvis en la manera d'exercir la medicina: s'està passant d'un estil patriarcal, autoritari, a un estil més participatiu, menys competitiu, i amb més espai per a les emocions⁵¹.

No sols com a pacients, com ja hem vist, sinó també com a professionals, les dones abracen més els nous paradigmes mèdics que els homes: les metgesses, en major proporció que els metges, recomanen als seus pacients alguna forma de MAC⁵². A més a més, mentre els metges tendeixen a mostrar-se menys predisposats a l'ús de les MAC conforme n'augmenta l'edat, no es detecten diferències tan acusades entre metgesses joves i de més edat. Aquest fet es pot deure, en part, a la menor edat mitjana que tenen les metgesses en actiu en relació amb els metges en actiu. Encara hi ha ben pocs llocs web sobre les dones

47. MCKINLAY, J.B.: «Some contribution from the social system to gender inequalities in heart disease», *Journal of Health and Social Behaviour*, 6 (1996), p. 22.

48. CORREA-DE-ARAUJO, R.: «Serious Gaps: How the Lack of Sex/Gender-Based Research Impairs Health», *Journal of Women's Health*, 15 (2006), pp. 1116-1122.

49. EISENBERG, D.M.; DAVIS, R.B.; ETTNER, S.L.; APPEL, S.; WILKEY, S.; VAN ROMPAY, M.; KESSLER, R.C.: «Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey», *Journal of the American Medical Association*, 18 (1998), pp. 1569-1575.

50. NIH/National Center for Complementary and Alternative Medicine. «Older Americans Not Discussing Complementary And Alternative Medicine Use With Doctors». 2007. (Consultat el 12/10/06 en <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/01/070118121202.htm>; informe en http://assets.aarp.org/rgcenter/health/cam_2007.pdf).

51. PRINGLE, R.: Op. cit.

52. ELDER, N.C.; GILLCRIST, A.; MINZ, R.: «Use of alternative health care by family practice patients», *Archives of Family Medicine*, 6 (1997), pp.181-184.

i les MAC⁵³ però de ben segur que aniran en augment, almenys proporcionalment, en relació amb els llocs sobre dones i medicina tradicional.

Una hipòtesi que es podria investigar és si les dones són les principals pacients i agents de les MAC perquè els fonaments i l'aplicació de moltes d'aquestes teràpies s'adapten millor a característiques de l'univers femení: saber escoltar, tenir paciència, capacitat d'observació i anàlisi de detalls, visió de conjunt, sensibilitat, empatia, capacitat de relació amb experiències pròpies viscudes, mirar el pacient, no sentir la pressió del temps, etc. Es pot donar una situació semblant a la que s'ha trobat, per exemple, en analitzar la capacitat de gestionar conflictes que poden tenir les dones i com es relaciona amb el tema de la cura i atenció de persones, una tasca feta tradicionalment per elles:

«Diferents investigacions [...] han demostrat que el rol de tenir cura d'algú implica el desenvolupament de determinades aptituds molt afins a la pau: la paciència, la tendresa, la responsabilitat, l'empatia, la perseverança, la prudència i la tolerància, entre d'altres, són components de l'acte de tenir cura d'algú⁵⁴».

I presentarem una altra àrea de recerca possible. Tot i que resulta difícil d'acotar quines teràpies inclouen les MAC, en moltes està present l'oració, la «curació espiritual» o el «toc terapèutic», com ara el Reiki. Potser ací hi ha una àrea fèrtil per investigar en termes de gènere, perquè les dones han sigut, tradicionalment, les més proclius al prec i a expressar-se mitjançant el contacte humà. L'atracció de les MAC es basa, principalment, en que anuncien «curacions» que fan servir productes «naturals», i els pacients se senten més informats; moltes se centren en aspectes com ara l'espiritualitat i l'estar bé emocionalment, i les persones que les practiquen tenen en compte les 3 r's del Dr. Strauss: tocar, temps i conversar (*talk*, en anglès)⁵⁵.

Com s'ha dit a la secció 4.1., en alguns països s'ha aconseguit la igualtat de gènere en les facultats de medicina i aquesta «feminització de la medicina» ha donat com a resultat que cada vegada són més les metgesses: el 69% a Rússia, actualment, i més de la meitat al Regne Unit, d'ací pocs anys⁵⁶. En l'estudi esmentat també en l'apartat 4.1. s'ha vist que les metgesses tenen, estadísticament, comportaments diferenciats dels col·legues masculins:

- «Mentre que els metges es casen amb major probabilitat amb mestresses de casa i amb dones que no són professionals, les metgesses es casen amb més probabilitat amb altres metges.
- Prioritzen la família i els fills.

53. Rosenthal Center, Women's Health Information Resources, CAM resources (Consultat el 10/04/07 en <http://www.rosenthal.hs.columbia.edu/Women.html>).

54. COMINS MINGOL, Irene: «La ética del cuidado: contribuciones a una transformación pacífica de los conflictos», *Feminismo/s*, 9 (2007), p. 105.

55. KAPTCHUK, TED J.; EISENBERG, David M.: «The Persuasive Appeal of Alternative Medicine», *Annals of Internal Medicine*, 129 (1998), pp. 1061-1065. Es pot veure, també, la presentació de Norma CUELLAR: «Culture and CAM», consultada el 12/02/07 en http://www.nursing.upenn.edu/centers/hcgne/PowerPoint/Cuellar-Culture_and_CAM.ppt

56. REICHENBACH, L., BROWN, H.: Op. cit.

- Treballen menys hores.
- Veuen menys pacients per hora que els homes.
- Abandonen la medicina en major proporció que els homes⁵⁷».

Algunes persones poden veure aquesta actitud diferent cap al treball mèdic de dones i d'homes com un perill per a la professió i la pràctica mèdica, per les exigències de dedicació «a temps complet» que aquesta du associada tradicionalment⁵⁸. Tanmateix, un altre punt de vista possible és que els nous paradigmes que s'estan desenvolupant en el mercat laboral (flexibilitat, mobilitat, menor dedicació horària, compaginació de tasques, més lleure, etc.) i que, en part, s'adeqüen més als desigs de les dones, poden acabar afectant i convenint tant a un sexe com a l'altre.

5. CONCLUSIONS

A la vista de les discussions de les seccions anteriors es pot concloure que els nous paradigmes mèdics i sobre salut afavoreixen la participació activa femenina, i que aquesta participació serà superior a la que s'esperaria de la tendència recent cap a la paritat de gènere que s'observa en molts camps professionals. De la mateixa manera que si les dones dissenyen un cotxe, aquest probablement tindrà un aspecte diferent del que és habitual⁵⁹, s'està començant a sentir la influència de les dones en els camps de la ciència i, en particular, de la medicina. Les metgesses han fet avanços en temes de reproducció i estan promovent un concepte més ampli de salut femenina i, de rebot, de salut de les persones en general.

El camí per a les dones, però, no serà fàcil. Dins la professió mèdica, per a les dones es presenta un «dilema de la diferència» ja que es tracta d'aconseguir «com ser una dona i una metgessa, com ser diferent, i al mateix temps igual, que els col·legues masculins⁶⁰». Més precisament, aquest dilema s'ha centrat en tres aspectes que han hagut d'acarar les dones:

«Han lluitat per la igualtat professional en medicina, s'han resistit a la concepció unidimensional de la professió que tenien els metges masculins, i han intentat practicar una medicina «holística» mitjançant aspectes preventius, de salut pública i psicosocials de la medicina⁶¹».

La penetració de nous paradigmes en la societat sempre s'ha trobat amb obstacles. La Dra. M. Legato, de la Universitat de Columbia, explica, per exemple, que quan fa seminaris sobre com una medicina que siga específica per gènere pot canviar la pràctica mèdica, i es basa en molts resultats de recerca que de-

57. COOPER, R.A.: Op. cit., p. 80.

58. DOSANI, SABINA: «Implications of the gender revolution in medicine», *British Medical Journal Career focus*, 326 (2003), pp. 159-160.

59. Una visita a Google aporta moltes pàgines que tracten el tema de *women design cars*.

60. MORE, E.S.: *Restoring the balance: Women physicians and the profession of medicine, 1850-1995*, Cambridge, Harvard University Press, 1999.

61. *Ibid.*, p. 5.

mostren que el cos femení i el masculí difereixen en aspectes fonamentals⁶², molts metges masculins abandonen bruscament el seminari perquè pensen que hi ha «una sola medicina per a tothom!⁶³».

En la pràctica mèdica s'ha de tenir en compte la diferència entre igualtat de gènere i equitat de gènere⁶⁴. La igualtat de gènere es refereix a que totes les persones tinguin igualtat d'oportunitats i accés als recursos; l'equitat de gènere, per altra banda, cerca la imparcialitat i la justícia pel que fa a oportunitats dins l'estructura professional. En aquesta línia, un aspecte poc estudiat encara és com fer que l'ensenyament i l'entrenament de futurs professionals tinga més en compte aspectes de gènere, de manera que els prepare per afrontar els problemes de salut de grups diversos. Això pot tenir conseqüències positives per als dos sexes:

«Si es preparen els metges per tractar adequadament les necessitats de salut de les dones es pot augmentar la demanda dels seus serveis, i fer que tinguin [els propis metges] major satisfacció laboral. Per altra banda, [aquesta formació en qüestions de gènere] també pot obrir als homes especialitats mèdiques que sovint s'associen amb metgesses, com ara la pediatria⁶⁵».

La realitat social, però, inclou encara més complexitats. Avui en dia, els estudis de recerca mèdica de camp que es vulguen fer bé han de tenir en compte l'equilibri de gènere en la població a què se sotmet la prova i també la diversitat ètnica de la mostra. I és que en moltes societats, inclosa la societat europea actual, la diversitat ètnica ha augmentat considerablement de fa pocs anys. En tot cas, hi ha molta tasca per fer i s'ha d'enfocar bé. Com conclou la Dra. Valls-Llobet:

«La política neoliberal ha augmentat els problemes de la salut de les dones perquè ha fet més invisible la ideologia i ha canviat la orientació amb una visió més pobre sobre les diferències. Les dones s'han convertit en víctimes dels centres mèdics privats, i les seves veus i queixes s'han silenciat, així com les veus de les persones que estan investigant i formant sobre diferències de gènere. Crec que la salut pública ha de ser orientada cap al gènere i contribuir a fer visibles les diferències reals perquè es puguin desenvolupar els processos de prevenció apropiats⁶⁶».

62. Per exemple, que el cervell femení té més connexions intercel·lulars, i aquesta pot ser la causa que explique que les dones recuperen la parla després d'un infart molt més ràpidament que els homes; o que el cervell masculí té més serotonina, i això pot explicar per què els homes pateixen menys depressions. (Consultat el 14/03/06 en *ABC News: How gender-specific medicine could change health care*, en <http://abcnews.go.com/WNT/story?id=301044>).

63. *Ibíd.*

64. REICHENBACH, L.; BROWN, H.: *Op. cit.*

65. *Ibíd.*, p. 794.

66. VALLS-LLOBET, C.: *Op. cit.*

RESÚMENES

Medicina màgica a les comarques de la Marina. Papers masculins i femenins

Regina Ramon Sapena, Isabel Betlloch Mas i Eusebi Chiner Vives

La medicina popular consisteix en l'estudi de les tradicions ancestrals i costums de tipus religiós popular que el poble ha emprat per guarir i previndre tot tipus de malalties, perquè aquest és un fenomen inseparable de la vida i totes les societats han fet front a eixe problema. Als països mediterranis i concretament al País Valencià, la dona ha jugat un paper clau en el manteniment i pervivència d'aquestes pràctiques.

En el present treball comentem alguns aspectes relacionats amb la medicina màgico-religiosa que hem pogut comprovar encara són vius al nostre entorn. Expliquem alguns remeis màgics com són trencar els golls, traure el sol del cap, trencar l'enfit, tractar el mal d'ull. També analitzem algunes malalties específiques que es beneficien d'un tractament màgic com són les berrugues o el mussol entre altres. Repasem els sants sanadors i, per acabar, comentem alguns professionals sanitaris que basaven la seua activitat sanadora en rituals i oracions màgiques.

Paraules clau: medicina popular, medicina màgica, tractaments màgics.

Cuidados de la salud en el ámbito doméstico: un rol de género. Remedios tradicionales usados en Villena (Alicante)

Eleuterio Gandía Hernández

En este artículo, que es parte de otro estudio más amplio de tipo etnográfico sobre medicina popular, describimos los remedios más significativos que en el ámbito doméstico mantiene y utiliza, para resolver alteraciones de la salud, buena parte de la población de la ciudad de Villena que, situada en el noroeste de la provincia de Alicante, cuenta con un total de 33.455 habitantes. Se trata de recursos que se suelen aplicar a dolencias de gravedad leve o moderada, que se activan en el ámbito doméstico en el que la mujer adquiere un papel

protagonista para el mantenimiento de la salud de la familia y que, mediados por el influjo sociocultural, tienen en cuenta creencias y remedios tradicionales transmitidos por familiares, vecinos, amigos y otros significantes de las redes sociales informales.

Palabras clave: salud, familia, ámbito doméstico, remedios caseros, medicina popular.

Mujer, salud y tradición en los U'wa de Colombia y cuestiones de género en las comunidades indígenas

Elizabeth Mora Torres, Haymeth Cecilia Páez Molina, Wellington Quiñonez Daza y Leonardo López M.

Se conoce muy poco de los indígenas U'wa centroamericanos y, en particular, de los ritos y tradiciones en los que participan, de manera especial, las mujeres. Para aportar más datos se elaboró y validó un instrumento de análisis del estilo de vida y de la situación de salud de estas comunidades nativas. Se aplicó la encuesta a una muestra aleatoria de 342 familias y un total de 1353 personas. Las comunidades U'wa estudiadas presentan un alto índice de analfabetismo y dependencia económica. Las enfermedades de mayor frecuencia son la bronquitis, la enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda y la parasitosis, aunque la incidencia es distinta en los dos sexos. Los registros de mortalidad indican un predominio de muertes en el sexo masculino. Se comentan brevemente tradiciones, como la de la kókora, y lo que éstas suponen para las jóvenes que inician la pubertad. Las prácticas tradicionales impiden a veces el desarrollo de una atención a la mujer (revisiones, prevención) así como al recién nacido (vacunaciones). Las cuestiones de género han sido poco estudiadas en estas comunidades.

Palabras clave: indígenas, nativos, tradiciones, ritos, situación de salud, morbilidad, mortalidad, situación de la mujer, cuestiones de género.

Las casas de acogida para mujeres maltratadas como respuesta a un problema de salud pública

Ana Paula Cid Santos

Las casas de acogida para mujeres maltratadas surgen en los años setenta en EEUU como respuesta a la situación de emergencia que la violencia doméstica provocaba en las mujeres. En España hasta los años ochenta no se ponen en funcionamiento las primeras casas de acogida. En la actualidad existen más de ciento veinticinco repartidas en las diferentes Comunidades Autónomas y su situación es muy heterogénea. Necesitan muchos recursos de la comunidad para ser suficientemente eficaces.

Palabras clave: casas de acogida, mujeres maltratadas.

Síndromes en femenino. El discurso biomédico sobre la fibromialgia

Beatriz Tosal Herrero

Parte de la producción sobre género y salud realizada desde las ciencias sociales se ha centrado en el discurso médico hegemónico sobre la salud y el cuerpo de la mujer denunciando que la medicina científico occidental ha producido y reproducido valores sociales hegemónicos que han servido para justificar y legitimar una situación de inferioridad y de discriminación de la mujer. Dentro de este campo de estudio han tenido especial relevancia aquellos trabajos centrados en los discursos médicos versados explícitamente sobre la mujer, la reproducción y la sexualidad. En los últimos años éstos se han ampliado con otros que, partiendo de enfermedades y/o situaciones que afectan a ambos sexos y que resultan, por tanto, aparentemente neutrales, muestran la misma elaboración androcéntrica/sexista sobre la enfermedad y la mujer. Este es el caso de la fibromialgia, una enfermedad con alta prevalencia en mujeres. En este artículo se planteará cómo la fibromialgia ha sido gestada como una enfermedad en femenino y cómo a su vez esta caracterización ha supuesto una deslegitimación del síndrome y de las personas que la padecen.

Palabras clave: fibromialgia, androcentrismo, género, discurso médico.

El género como «nicho»: el caso de la publicidad farmacéutica

Natalia Papí Gálvez, Belén Cambroner Saiz y M^a Teresa Ruiz Cantero

Desde un punto de vista de la *construcción del conocimiento científico* se parte del planteamiento ya revisado por otros autores sobre cómo las empresas farmacéuticas mercantilizan sus productos hasta el punto de estar en el límite de la «generación» o «reinención» de «enfermedades». Los procesos vitales de las mujeres y aquellos que tienen que ver con el estereotipo de género –también de hombres– son especialmente «vulnerables». Son *nichos de mercado* para la industria farmacéutica.

Este artículo plantea la medicalización como un negocio que emplea estrategias de mercado y de publicidad para alcanzar sus objetivos; estrategias que se basan en las diferencias entre mujeres y hombres, y que, entre otras implicaciones, afectarían a la asimilación por parte del usuario de que tales acontecimientos son «enfermedades». Todo ello se logra con el respaldo del sistema de género.

Palabras clave: género, publicidad, fármacos, salud pública, *Disease Mongering*.

Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria

Sara Velasco Arias, Begoña López Doriga, Marina Tourné García, M^a Dolores Calderó Bea, Inmaculada Barceló Barceló y Consuelo Luna Rodríguez

Ansiedad, depresión y somatizaciones son problemas de salud de alta prevalencia en mujeres, que unificamos bajo el concepto de malestar asociándolo a factores psicosociales y vivencias subjetivas. Desarrollamos un método de atención biopsicosocial (BPS) que actúa sobre la subjetividad y los determinantes de género. El Instituto de la Mujer, con la Región de Murcia, realizó una intervención piloto en Atención Primaria aplicando este método clínico. El objetivo era evaluar dicha intervención. Se localizaron factores psicosociales asociados al malestar con alto significado de género. En las mujeres: sobrecargas de roles de género, cuidadoras, conflictos de pareja y con hijos/as, duelos, malos tratos y doble jornada laboral. En los hombres: conflictos de pareja, duelos, conflictos de trabajo o con hijos/as y enfermedades propias. Con el método BPS se obtienen mejorías clínicas en 76,3% de casos de mujeres y 90,1% de hombres. El 22,6% de los casos ya no precisa psicofármacos y el 60,9% ha disminuido su consumo.

Palabras clave: género y salud, modelo biopsicosocial, factores psicosociales, somatización, dolor, atención de salud mental, atención primaria.

Isabel Morgan y el grupo de investigación sobre vacunas de la Universidad Johns Hopkins (1940-1960): un modelo de análisis de la trayectoria de una mujer en el mundo de la ciencia

Rosa Ballester

La historia acerca de la presencia y características de las mujeres en los ámbitos de la ciencia y la tecnología son analizados en este trabajo recurriendo a un estudio de casos: el de la investigadora norteamericana Isabel Morgan, quien participó activamente en los trabajos de laboratorio llevados a cabo para encontrar una vacuna eficaz contra la poliomielitis. Sus contribuciones fueron fundamentales pero su carrera científica quedó truncada y fueron otros los que obtuvieron el reconocimiento social.

Para entender en sus raíces fundamentales la trayectoria de Morgan hay que recurrir al análisis más amplio de la historia de las mujeres en las carreras científicas y en los elementos que configuraron una determinada visión de la naturaleza biológica de las mujeres y sus consecuencias desde el punto de vista de su proyección profesional.

Palabras clave: Isabel Morgan, Maria Winckelmann, mujeres científicas, historia.

Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto

Enrique Perdiguero y Beatriz Tosal

Existen diferencias entre mujeres y hombres tanto en los patrones de mortalidad y morbilidad y en la percepción de los síntomas como en la gestión de sus problemas de salud. En el caso de la utilización de servicios sanitarios, se ha constatado que las mujeres son más frecuentadoras que los hombres de todos los servicios de salud, pero especialmente de los servicios de atención primaria. Esto ocurre también en el caso de otras instancias terapéuticas como las medicinas alternativas y complementarias. En este artículo se presentan los principales obstáculos a la hora de estudiar este recurso de salud de las mujeres y se analizan los datos sobre su uso en nuestro contexto. Por último se ofrecen algunas reflexiones sobre el lugar de las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres.

Palabras clave: medicinas alternativas, itinerario terapéutico, comportamiento frente a la enfermedad, mujer.

Sexo, género y biología

Joaquín De Juan Herrero y Rosa M^a Pérez Cañaveras

La Biología es la ciencia de los organismos, ciencia que da una visión unificada de todos los seres vivos, especialmente de los humanos con los otros organismos animales. El objetivo de este trabajo es analizar, a la luz de la biomedicina, conceptos tan importantes y controvertidos como el sexo, la identidad de género, el papel de género y la orientación sexual. En esta aproximación biológica, aportamos datos que permitan aumentar el grado de conocimiento y tolerancia frente a situaciones, relacionadas con el sexo y el género, que habitualmente sólo se abordan desde presupuestos ideológicos, religiosos y culturales.

Palabras clave: identidad de género, papel de género, orientación sexual, trastornos del desarrollo sexual, transexualidad, cerebro sexual, neurobiología.

Els canvis de paradigmes científics en medicina i les dones

Àgueda Gras-Velázquez i Albert Gras i Martí

Dins la física es va produir una revolució quan es va passar d'una visió newtoniana dels fenòmens naturals a una de quàntica. Igualment, s'està produint una evolució en la medicina des de la visió tradicional, on el cos es considera una màquina sotmesa a forces externes (món clàssic), a una visió on l'Univers es troba radicalment entrellaçat (món quàntic). Analitzem ací com els nous conceptes físics estan contribuint al canvi de paradigmes mèdics, especialment

en les anomenades Medicines Alternatives i Complementàries. Mostrem com aquesta evolució es veu impulsada per l'increment de la participació de les dones en la medicina, amb una actitud més participativa i menys autoritària, i nous models d'activitat i de relació terapèutica. Acabem comentant àrees de recerca possibles en l'àmbit de les qüestions de gènere en les medicines i la importància de fer una medicina de gènere.

Paraules clau: paradigmes en física, paradigmes en medicina, medicines alternatives, qüestions de gènere.

ABSTRACTS

Magic medicine in the Marina county. Male and female roles

Regina Ramon Sapena, Isabel Betlloch Mas and Eusebi Chiner Vives

Folk medicine is based upon the study of old traditions, basically of a religious character, that people have used for ages in order to avoid and treat different illnesses. All societies need to give an answer to the question of illness because this is an important part of life itself. In the Mediterranean countries, more specifically in the País Valencià, women have played a main role in keeping and transmitting these traditions.

In this paper we review different aspects of folk medicine that is still active nowadays. We explain some magic treatments like *trencar els golls*, *traure el sol del cap*, *trencar l'enfit*, *tractar el mal d'ull*. We also analyze some specific illness that responds to a magic treatment like warts or stye. We also analyze different health professionals whose caring practice is based on magic prayers and activities.

Keywords: folk medicine, magic medicine, magic treatments.

Domestic health care: a gender role. Traditional remedies used in Villena (Alicante)

Eleuterio Gandía Hernández

In this article (which is part of a larger ethnographic study on traditional medicine), we describe the most significant cures used by a large number of people living in Villena, a town which has a population of 33,455 inhabitants and is located in the northwest of the province of Alicante, Spain. These procedures are focused to solve health conditions such as slight and moderate ailments and are activated in the household area. In this area, the woman assumes a main role related to the care of family health; a role which is supported by a sociocultural influence where beliefs and traditional remedies are passed on by

members of the family, neighbours, friends and other subjects who belong to other casual and social nets.

Keywords: health, family, household area, household remedies, traditional medicine.

Women, health and tradition in the Colombian U'wa and gender questions in indigenous communities

Elizabeth Mora Torres, Haymeth Cecilia Páez Molina, Wellington Quiñonez Daza and Miguel Leonardo López M.

U'wa native community in Central America is not known, neither their rituals and traditions in which women take an important role. In order to collect more data we have elaborated and validated an analytical instrument to collect data about the lifestyles and the health situation of these communities. The questionnaire was administered to a random sample of 342 families and a total of 1353 people. The U'wa communities that took part in the study show a high illiteracy index and economical dependence. The more frequent illnesses are bronchitis, acute diarrheic illness, acute respiratory problems and parasitosis, with a different incidence according to sex. Mortality records show a predominance of masculine deaths. We also comment briefly some traditions, like the kókora, and what these traditions imply for young women starting their puberty. The traditional habits sometimes inhibit the development of proper health care both for women (revisions, prevention) as well as for babies (vaccinations). Gender studies in native communities have been little explored.

Keywords: native communities, gender studies, traditions, rituals, health situation, morbidity, mortality, situation of women, gender studies.

Shelter homes for battered women as a response to a public health problem

Ana Paula Cid Santos

Shelter homes for battered women started to appear in the sixties in the USA as a response to the situation of emergency that domestic violence provoked in women. Only in the eighties did these homes start to be created in Spain. At present there are more than one-hundred and twenty five in the various autonomous regions in the country, and the situation is very heterogeneous. Many community resources are needed in order to make them sufficiently effective.

Keywords: shelter, battered, women, shelter homes, battered women.

Syndrome in feminine. The biomedical discourse about fibromyalgia

Beatriz Tosal Herrero

Part of the production about gender and health carried out from the social sciences has been centred in hegemonic medical discourse on health and woman's body. These studies report that Western medicine has generated and reproduced social values that have been useful to justify and to legitimate a situation of inferiority and woman's discrimination. Inside this field of studies it has had special relevance those works focused explicitly in the medical discourse about the woman, the reproduction and the sexuality. In the last years these have been enlarged with others that, taking as a point of departure illnesses and/or situations that affect to both sexes and that they are, therefore, seemingly neutral, show the same androcentric elaboration on the illness. This is the case of the fibromyalgia, an illness with high prevalence in women. In this article I will show how the fibromyalgia has been generated as a women's illness. This characterization has supposed a deslegitimation of the syndrome and of the people suffering this condition.

Keywords: fibromyalgia, androcentrism, gender, medical discourse.

Gender as a «niche»: the case of pharmaceutical advertising

Natalia Papí Gálvez, Belén Cambronero Saiz and M^a Teresa Ruiz Cantero

From a *construction of scientific knowledge* perspective, we consider the issues previously reviewed by other authors on how pharmaceutical companies commercialise their products to the point of bordering on the «generation» or «reinvention» of «illnesses». Women's life processes, as well as those related to gender stereotypes, are particularly vulnerable as they form *market niches* for pharmaceutical industry.

This article considers medicalisation as a business that uses publicity and marketing strategies to fulfil its objectives; strategies that are based on the differences existing between women and men and which would, amongst other consequences, affect the users' assimilation of the aforementioned processes as «illnesses». This is achieved with the support of the gender system.

Keywords: gender, pharmaceutical advertising, public health, *Disease Mongering*.

Evaluation of a biopsychosocial intervention for women ill-being in primary care

Sara Velasco Arias, Begoña López Doriga, Marina Tourné García, M^a Dolores Calderó Bea, Inmaculada Barceló Barceló and Consuelo Luna Rodríguez

Anxiety, depression and somatisations are health problems of high prevalence among women, that we unify under the concept of ill-being and we asso-

ciate it with psycho-social factors and with subjective experiences. We develop a bio-psycho-social (BPS) attention method that acts upon the subjectivity and the gender determinants. The Woman Institute of the Murcia Region applied this clinical method in a pilot experiment in Primary Care. The objective is to evaluate this intervention. We found psycho-socials factors associated with ill-feeling with a high gender significance. In women: overload with tasks related to gender roles, caretakers, conflicts with the couple and children, mourning, battering and extended labor hours. In men: conflicts with the couple, mourning, work conflicts or with children and specific ailments. With the BPS methods one obtains clinical improvements in 76,3% of women and 90,1% of men. In 22,6% of cases psycho drugs are no longer needed and in 60,9% of the cases the intake has been reduced.

Keywords: gender and health, bio-psycho-social model, psycho-social factors, somatisation, pain, mental health care, primary care.

Isabel Morgan and the research group on vaccines at Johns Hopkins University (1940-1960): a model for the analysis of women trajectories in the world of science

Rosa Ballester

The history of the presence and the characteristics of women in Science and Technology is analyzed by way of case studies: one case is the American researcher Isabel Morgan, who participated actively in the laboratory studies that sought for an efficient vaccine against poliomyelitis. Her contributions were seminal but her scientific career was truncated and other researchers received social acknowledgement.

In order to understand the basic roots in Morgan's life career one has to resort to a broader analysis of women's history in scientific careers and to the elements that configured a certain vision of the biological nature of women, and the consequences of these facts from the viewpoint of their professional projection.

Keywords: Isabel Morgan, Maria Winckelmann, Women as scientist, history.

Alternative and complementary medicines as a resource in women therapeutic itineraries. Importance in our context

Enrique Perdiguero and Beatriz Tosal

There are differences between women and men in the patterns of mortality and morbidity, in their perception of the symptoms and in the management of their health problems. In the case of the use of health services the studies show women use more all the types of healthcare services, but especially the primary

Abstracts

healthcare ones. This also happens in the case of other therapeutic resources as the alternative and complementary medicines. The objective of this paper is to present the obstacles to study the use of these resources in the case of women's health and to analyze the data available in our context. Finally, we will present some reflections on the place of the alternative and complementary medicines in the therapeutic itineraries of women.

Keywords: alternative medicines, therapeutic itinerary, illness behaviour, women's health.

Sex, gender and biology

Joaquín De Juan Herrero and Rosa M^a Pérez Cañaveras

Biology is the science of the organisms. This science provides an integrated vision of all live beings, especially between the humans and the other animal organisms. The aim of this work is to analyze, from the perspective of biomedicine, the following important and controversial concepts: sex, gender-identity, gender-role and sexual orientation. In this biological approach, we offer data oriented to increase the degree of knowledge and tolerance in front of situations, regarding sex and gender, which are often analyzed only from an ideological, religious or cultural point of view.

Keywords: gender-identity, gender-role, sexual orientation, disorders of sex development, transexuality, sexual brain, neurobiology.

Scientific paradigm shifts in medicine and women

Águeda Gras-Velázquez and Albert Gras i Martí

A revolution took place in Physics when the Newtonian view of the world changed to a Quantum view. The same is occurring in Medicine with the evolution from the traditional view, with the body considered a machine under the influence of external forces (Classic world), to a view where the Universe finds itself radically intertwined (Quantum world). In the article we analyse how the new Physics concepts are contributing to changes in Medicine, specially in the so-called Complementary and Alternative Medicines. We show how this evolution is pushed forward by the increase in the participation of women in Medicine, thanks to their more participative and less authoritative attitude, and new models of activity and of therapeutic relationships. Finally we talk about possible research areas in the field of gender questions in the medicines and the importance of developing a gender-based Medicine.

Keywords: physics paradigms, paradigms in Medicine, Alternative Medicines, gender issues.

RESEÑA BIO-BIBLIOGRÁFICA DE LAS/OS COLABORADORAS/ES DEL VOLUMEN

Rosa Ballester

Es Catedrática de Historia de la Ciencia en la Universidad Miguel Hernández. Doctora en Medicina por la Universidad de Valencia, es autora de 20 libros y capítulos de libro, más de un centenar de artículos de su especialidad en revistas nacionales e internacionales y ha participado en varios proyectos de investigación en convocatorias públicas. En la actualidad es la investigadora principal de un proyecto sobre historia de la poliomielitis en la España del siglo XX, en el que participan cinco universidades españolas y una portuguesa y que está conectado con redes internacionales sobre el particular.

Ana Paula Cid Santos

Licenciada en Medicina, Diplomada en Salud Pública, es docente en la rama sanitaria de Formación Ocupacional. En la actualidad se encuentra realizando la tesis sobre la Neurastenia (antecedente histórico del síndrome de fatiga crónica) en Historia de la Ciencia. La tesis se realiza bajo la dirección de Josep Bernabeu, Catedrático de Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante.

Joaquín De Juan Herrero y Rosa M^a Pérez Cañaveras

Joaquín de Juan Herrero es Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Patología, Catedrático de Biología Celular y director del Departamento de Biotecnología de la Universidad de Alicante (UA). Ha realizado estancias y estudios en varios centros europeos y de Estados Unidos, como las universidades de Burdeos II, Paris VI, el Hospital de la Pitié-Salpêtrière, Universidad de Harvard, Smith-Kettlewell Eye Research Institute de San Francisco, University of Southern California, en Los Angeles, y en la Universidad de La Sapienza en Roma. Su investigación se centra en el sistema nervioso y en el reproductor, así como en antropología biológica. Ha sido fundador y director de la Escuela Universitaria de Enfermería de la UA. Es miembro de varias Sociedades Científicas y de la Sociedad Española de Médicos Escritores y Artistas. Tiene en su haber 7 premios de investigación, más de 100 publicaciones científicas y tres libros. Desde 2001 organiza y dirige las *Jornadas sobre Mujer Biología y Salud* de la UA.

Rosa M^a Pérez Cañaveras es Profesora Titular de Escuela Universitaria del Departamento de Enfermería, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante. Diplomada en Enfermería, en 1986, por la Escuela Universitaria de Enfermería del INSALUD, adscrita a la Universidad de Alicante. Es Licenciada en Antropología Social y Cultural por la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de la Universidad Miguel Hernández, desde 2001. Doctora, por la Universidad de Alicante, en el programa de Antropología Biológica y de la Salud. Sus intereses en investigación son: pedagogía aplicada a la docencia de Enfermería, metodología de la práctica de la profesión de Enfermería, mujer, biología y salud.

Eleuterio Gandía Hernández

Es Doctor en Sociología por la Universidad de Alicante. Es Profesor Colaborador Honorífico del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández de Elche y Profesor Colaborador de la Unidad Docente de Matronas de la Escuela Valenciana de Salud Pública. Tiene cinco libros publicados y ha sido ponente en numerosos cursos, jornadas y congresos.

Àgueda Gras-Velázquez i Albert Gras i Martí

Àgueda Gras-Velázquez és Doctora en Astrofísica pel Trinity College Dublín, Irlanda. Mentre acabava la seua tesi sobre «Discs al voltant d'estels T Tauri» a l'Institut d'Estudis Avançats de Dublín (DIAS), va descobrir la seua passió per qüestions d'ensenyament en línia. Els darrers tres anys ha participat en el disseny i tutorització de cursos sobre observacions en astronomia (CEPIRE, Benidorm) i treballa com a mànager i administradora dels cursos tic@'t de la Universitat d'Alacant, així com a dissenyadora de cursos sobre Qüestions de Gènere i TIC.

Albert Gras i Martí (agm@ua.es, <http://agm.cat>) membre de l'Institut d'Estudis Catalans (IEC), és Professor de Física Aplicada a la Universitat d'Alacant. Format com a investigador en el camp de la interacció de partícules carregades energètiques amb la matèria, fa recerca en Didàctica de les Ciències i en l'aplicació de les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC) en els processos d'Ensenyament i Aprenentatge, especialment en entorns semipresencials (*b-learning*). Interessat en temes interdisciplinaris, ha fet incursions en temes de gènere en l'ensenyament en línia i també fa divulgació de la ciències. President de l'AEFiQ-Curie (Associació per a l'Ensenyament de Física i Química – Curie).

Elizabeth Mora Torres, Haymeth Cecilia Páez Molina, Wellington Quiñonez Daza y Miguel Leonardo López M.

Elizabeth Mora Torres es Psicóloga y Licenciada en Educación Preescolar. Especialista en educación sexual y en gerencia social. Ha trabajado en las áreas de planeación, coordinación, gerencia y seguimiento de programas y proyectos de Comunidades Indígenas de la Secretaría de Salud de Boyacá (Colombia). Tiene publicaciones en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Haymett Cecilia Páez Molina es Enfermera del Hospital Especial Cubará, especializada en epidemiología. Ha participado en talleres sobre salud mental, enfermedades transmitidas por vectores, vigilancia epidemiológica y control del maltrato al menor.

Wellintong Quiñones Daza es Médico y Cirujano. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Trabaja en zonas de difícil accesibilidad geográfica y cultural (comunidades indígenas).

Miguel Leonardo López M. trabaja de Médico Rural en el Hospital General de Tunja (Boyacá). Es especialista en gerencia hospitalaria y tiene experiencia en varios hospitales del área de Bogotá. Trabaja también en el diseño de cursos en línea para la divulgación de conocimientos médicos entre la población adulta, especialmente en temática de género. Sus investigaciones actuales se centran en la problemática femenina asociada a la cirugía estética.

Natalia Papí Gálvez, Belén Cambroner Saiz y M^a Teresa Ruiz Cantero

Natalia Papí Gálvez es Licenciada en Sociología, especialidad «Marketing y Publicidad», en 1999 con premio extraordinario por la UA. Doctora por la Universidad de Alicante. Actualmente es profesora del Departamento de Comunicación y Psicología Social. Fue becaria de investigación por la Dirección General de la Dona (1999) y posteriormente disfrutó de una beca FPI por la UCM. Ha colaborado y dirigido varias investigaciones I+D relacionadas con la comunicación, la salud y los estudios de género. Tiene más de una docena de publicaciones centradas en esta última línea de trabajo.

Belén Cambroner Saiz es Licenciada en Publicidad y Relaciones Públicas por la Universidad de Alicante. Realiza el programa de doctorado en Estudios Pluridisciplinarios de Género desde el área de Salud Pública. Colabora con varias investigaciones I+D relacionadas con la salud, la comunicación y el género. Perfilan su trayectoria la «Comunicación y su impacto en la salud», curso recibido en la Universidad de Nueva York, y «Marketing Farmacéutico» de la UNED. Trabaja actualmente en el Departamento de Comunicación y Psicología Social de la UA como becaria FPI.

M^a Teresa Ruiz Cantero es Licenciada en Medicina y Cirugía, Master en Sanidad y Doctora en Medicina y Cirugía. Actualmente es Catedrática de EU del área de conocimiento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante. Ha participado y dirigido más de una docena de proyectos de Salud Pública y sobre Salud de las mujeres desde la perspectiva de género. Tiene un gran número de destacadas publicaciones nacionales e internacionales en revistas científicas de impacto relacionadas con la salud de las mujeres.

Enrique Perdiguero

Doctor en Medicina y Profesor Titular de Historia de la Ciencia en la Universidad Miguel Hernández. Una de sus líneas de investigación tiene que ver con el estudio del pluralismo asistencial, que ha abordado en diversos artículos y capítulos de libro, desde perspectivas históricas y antropológicas. Las medici-

nas alternativas y complementarias han sido uno de los aspectos del pluralismo asistencial al que ha prestado más atención en los últimos años.

Regina Ramon Sapena, Isabel Betlloch Mas i Eusebi Chiner Vives

Regina Ramón i Sapena és Metge Especialista en Dermatologia. Doctora en Medicina per la Universitat Miguel Hernández. Adjunt de la Secció de Dermatologia de l'Hospital General Universitari d'Alacant. Membre de la Academia Española de Dermatología y Venereología i de la European Academy of Pediatric Dermatology. Autora de nombroses publicacions, capítols de llibres i comunicacions a Congressos en la especialitat de Dermatologia. La seua Tesi doctoral es titula «L'expressió dermatològica al llenguatge popular valencià amb especial referència a la comarca de la Marina Baixa»

Isabel Betlloch i Mas és Metge Especialista en Dermatologia. Doctora en Medicina per la Universitat de València. Cap de Secció de Dermatologia de l'Hospital General Universitari d'Alacant. Professora Associada de Dermatologia de la Universitat Miguel Hernández. Membre de la Academia Española de Dermatología y Venereología i de la European Academy of Pediatric Dermatology. Autora de nombroses publicacions, capítols de llibres i comunicacions a Congressos en la especialitat de Dermatologia. Membre del Comité Editorial de les revistes *PIEL* i *Actas Dermosifilográficas*.

Eusebi Chiner i Vives és Metge Especialista en Pneumologia. Doctor en Medicina per la Universitat de València. Cap de Secció de Pneumologia de l'Hospital Universitari de Sant Joan d'Alacant. Profesor honorífic de Pneumologia de la Universitat Miguel Hernández. Ex-President de la Societat Valenciana de Pneumologia. President del Comité de Congressos de la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica). Membre de l' Institut Mèdic Valencià, SEPAR, Societat Valenciana de Pneumologia i de la *European Respiratory Society*. Autor de nombroses publicacions, capítols de llibres i comunicacions a Congressos en la especialitat de Pneumologia

Beatriz Tosal Herrero

Es Matrona y Licenciada en Antropología Social. Hizo el doctorado en Antropología de la Medicina en la Universidad Rovira i Virgili. Es Profesora Asociada del área de Historia de la Ciencia de la Universidad Miguel Hernández. Está realizando su tesis sobre las representaciones médicas y sociales de la fibromialgia en nuestro entorno.

Sara Velasco Arias, Begoña López Doriga, Marina Tourné García, M^a Dolores Calderó Bea, Inmaculada Barceló Barceló y Consuelo Luna Rodríguez

Sara Velasco es Licenciada en Medicina y Cirugía y Psicoanalista. Coordinadora Académica en el Diploma de Especialización de Salud Pública y Género de la Escuela Nacional de Sanidad. Coordinadora y docente de programas de salud y género en servicios sanitarios para el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Asesora del Observatorio de Salud de la Mujer,

Ministerio de Sanidad y Consumo. Autora entre otros, de los libros *Naufragios. Mujeres y Aborto*, *Relaciones de género y Subjetividad*, *Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres*.

Begoña López Dóriga es Licenciada en Sociología y Directora del Programa de Salud y Servicios Sociales del Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirige programas de salud y género en colaboración con distintos departamentos estatales y autonómicos, como INSALUD, Asuntos Penitenciarios, Plan Nacional sobre Drogas, Plan Nacional sobre el Sida y Servicios Regionales de Salud.

Marina Tourné García, M^a Dolores Calderó Bea, Inmaculada Barceló Barceló y Consuelo Luna Rodríguez son Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Trabajan en el Centro de Salud El Infante, Centro de Salud El Carmen y Centro de Salud El Palmar, de Murcia. Imparten docencia de Formación Continua y Médicos Internos y Residentes de Medicina de Familia.

La revista *Feminismo/s* se publica semestralmente. Está abierta a los aportes del personal investigador que compone el Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante, así como a toda la comunidad académica. La organización editorial se realiza a través de números monográficos, estando prevista también la publicación de algunos números en los que se presente una miscelánea de artículos. El carácter de la publicación, al igual que la del Centro de Estudios sobre la Mujer, es multidisciplinar.

NORMAS EDITORIALES DE LA REVISTA FEMINISMO/S

- 1) Los trabajos, que necesariamente deberán ser originales, se presentarán en soporte magnético utilizando el procesador de textos Word, y además impresos en la forma habitual. Los disquetes deben indicar en la carátula el nombre del archivo y el del autor o autora del mismo.
- 2) Los artículos serán redactados con letra Times New Roman de 12" y con un interlineado de un espacio y medio.
- 3) El título del artículo irá centrado y en letra mayúscula de 12". El nombre del autor o autora del trabajo se pondrá unas líneas debajo del título, también centrado, en letra de 10" y mayúscula. Justo debajo se escribirá el nombre de la Universidad o, en su defecto, la ciudad a la que el autor o autora pertenece, en letra minúscula de 10". Un ejemplo sería:

LA IMAGEN DE LA MUJER EN EL CINE ESPAÑOL
DE LA TRANSICIÓN

MARÍA ISABEL DURÁN PRIETO
Universidad de Murcia

- 4) La extensión de los artículos será entre 15 y 18 páginas.

- 5) La primera línea de cada párrafo irá sangrado.
- 6) Las citas en el texto irán sangradas, entrecomilladas y en letra de 10".
- 7) Los títulos de libros y de revistas citados irán en letra cursiva. Los títulos de artículos o capítulos de libros se consignarán entre comillas.
- 8) Las notas serán a pie de página, con letra de 10" e interlineado sencillo.
- 9) Las referencias bibliográficas se harán siempre en nota a pie de página y no en el texto. El modelo para las citas de libros será el siguiente:

WELLDON, Estela V.: *Madre, virgen, puta. Idealización y denigración de la maternidad*, Madrid, Siglo XXI, 1993.

- 10) Las citas de artículos o capítulos de libros se realizarán según el siguiente modelo:

O'CONNOR, Patricia: «Mujeres sobre mujeres: teatro breve español», *Anales de Literatura Española Contemporánea*, 25 (2003), pp. 45-76.

BENTOVIM, Arnold: «Therapeutic systems and settings in the treatment of child abuse», en A.W. Franklin (comp.): *The challenge of child abuse*, New York, Academic Press, 2001, pp. 249-259.

- 11) Si una obra ya ha sido citada con anterioridad, en la referencia bibliográfica se omitirá el título y se citará de la siguiente manera:

² MANERO, José: Op. cit., p. 345.

Si se citan a lo largo del trabajo diferentes obras de un/a mismo/a autor/a, se identificará el título del trabajo al que se hace referencia en cada ocasión:

⁶ MANERO, José: *Los elementos químicos...*, op. cit., p. 345.

Si se cita varias veces seguidas la misma obra, se omitirán el título y el nombre del autor o autora y se seguirá el siguiente modelo de citación:

⁶ MANERO, José: *Los elementos químicos...*, op. cit., p. 345.

⁷ *Ibíd.*, p. 22.

⁸ *Ibíd.*, p. 35.

- 12) Los diferentes apartados del texto se ordenarán siguiendo la numeración arábica (1,2,3,...) y el título de cada uno de ellos irá en letra mayúscula y en

Normas editoriales de la revista *Feminismo/s*

negrita. Los subapartados se numerarán de la siguiente manera: 1.1, 1.2, 1.3, etc. y sus títulos irán en minúscula y en negrita.

- 13) Los artículos irán acompañados de un resumen de 10 líneas en español y en inglés, unas palabras clave en español y en inglés, así como de un breve currículum del autor o autora (8 líneas).
- 14) Las fotografías e imágenes deben entregarse en CD-ROM o disquette, separadas del texto, en formato TIF, con una calidad de 300 puntos por pulgada. Deben ir identificadas convenientemente según sean citadas en el texto.
- 15) Todos los trabajos serán sometidos a informe reservado de especialistas de reconocido prestigio. Se ruega acompañar los originales con la dirección postal del autor o autora, un teléfono de contacto, así como su correo electrónico. Los trabajos no aceptados para su publicación serán devueltos a petición del autor o autora.

Remitir los trabajos a: Redacción de *Feminismo/s*
Centro de Estudios sobre la Mujer
Universidad de Alicante
Apdo. 99 - 03080 Alicante
e-mail: cem@ua.es

La revista *Feminismo/s* es publica semestralment. Està oberta a les aportacions del personal investigador del Centre d'Estudis sobre la Dona de la Universitat d'Alacant i a tota la comunitat acadèmica. L'organització editorial es fa a través de monogràfics encara que també està previst la publicació d'alguns números en els quals s'hi presente una miscel·lània d'articles. El caràcter de la publicació, com la del Centre d'Estudis sobre la Dona, és multidisciplinari.

NORMES EDITORIALS DE LA REVISTA FEMINISMO/S

- 1) Els treballs, que necessàriament han de ser originals, cal presentar-los en suport magnètic, en format .doc (processador de textos Word) i impresos en la manera habitual. Els disquets han d'indicar el nom de l'arxiu i el de l'autor o autora.
- 2) Els articles s'han de presentar amb lletra Times New Roman de 12" i amb un interlineat d'un espai i mig.
- 3) El títol de l'article ha d'anar centrat i amb majúscula de 12". El nom de l'autor o autora del treball s'ha d'escriure unes línies a sota del títol, també centrat, amb lletra de 10" i majúscula. Tot just a sota cal escriure el nom de la Universitat o la ciutat a la qual pertany l'autor o autora, amb minúscula de 10". Un exemple pot ser el següent:

LA IMAGEN DE LA MUJER EN EL CINE ESPAÑOL
DE LA TRANSICIÓN

MARÍA ISABEL DURÁN PRIETO
Universidad de Murcia

- 4) L'extensió dels articles ha de ser entre 15 i 18 pàgines.
- 5) La primera línia de cada paràgraf ha d'anar sagnada.

- 6) Les cites en el text han d'anar sagnades, entre cometes i amb lletra 10".
- 7) Els títols dels llibres i de revistes citats han d'anar amb cursiva. Els títols d'articles o capítols de llibres entre cometes.
- 8) Les notes han de ser a peu de pàgina, amb lletra 10" i interlineat senzill.
- 9) Les referències bibliogràfiques cal fer-les sempre en notes a peu de pàgina i no en el text. El model per a citar llibres ha de ser el següent:

WELLDON, Estela V. : *Madre, virgen, puta. Idealización y denigración de la maternidad*, Madrid, Siglo XXI, 1993.

- 10) Les cites d'articles o capítols de llibres cal fer-los segons el model següent:

O'CONNOR, Patricia: «Mujeres sobre mujeres: teatro breve español», *Anales de Literatura Española Contemporánea*, 25 (2003), pp. 45-76.

BENTOVIM, Arnold: «Therapeutic systems and settings in the treatment of child abuse», dins A.W. Franklin (comp.): *The challenge of child abuse*, Nova York, Academic Press, 2001, pp. 249-259.

- 11) Si una obra ja ha estat citada anteriorment, cal ometre el títol en la referència bibliogràfica i citar-lo de la manera següent:

² MANERO, José: Op. cit., p. 345.

Si se citen al llarg del treball diferents obres d'un mateix autor o autora, cal identificar el títol del treball al qual es fa referència en cada ocasió:

⁶ MANERO, José: *Los elementos químicos...*, op. cit., p. 345.

Si se cita diverses vegades la mateixa obra, cal ometre el títol i el nom de l'autor o autora i seguir el model de citació següent:

⁶ MANERO, José: *Los elementos químicos...*, op. cit., p. 345.

⁷ *Ibíd.*, p. 22.

⁸ *Ibíd.*, p.35.

- 12) Cal ordenar els diferents apartats del text amb numeració aràbiga (1, 2, 3, etc.) i el títol de cadascun ha d'anar amb majúscules i negreta. Els subapartats cal numerar-los de la manera següent: 1.1, 1.2, 1.3, etc. i els títols han d'anar en minúscula i negreta.

Normes editorials de la revista *Feminismo/s*

- 13) Els articles han d'anar acompanyats d'un resum de 10 línies en castellà i en anglès, també d'unes paraules clau en castellà i en anglès i un breu currículum de l'autor o autora (8 línies).
- 14) Cal lliurar en CD-ROM o disquet les fotografies i les imatges, separades del text, en format TIF, amb una qualitat de 300 punts per polzada. Han d'anar identificades convenientment segons se citen al text.
- 15) Tots els treballs se sotmetran a un informe reservat d'especialistes de reconegut prestigi. Us demanem que els originals vagin acompanyats de l'adreça postal de l'autor o autora i del correu electrònic. Els treballs que no siguin acceptats per a publicar els retornarem a petició de l'autor o autora.

Envieu els treballs a: Redacció de *Feminismo/s*
Centre d'Estudis sobre la Dona
Universitat d'Alacant
Ap. 99 – 03080 Alacant
Correu electrònic: cem@ua.es

Feminismo/s is published on a biannual basis, and encourages contributions from researchers at the Centre for Women's Studies of the University of Alicante, as well as from the academic community as a whole. The journal is generally published in issues devoted to a single subject, although occasional issues containing articles on a range of subjects may also be published. Both the journal and the Centre for Women's Studies are multidisciplinary in nature.

EDITORIAL POLICY AND GUIDELINES

- 1) All works should be original, and should be submitted both on a floppy disk containing a Microsoft Word file and in printed form. The name of the file and its author should be written on the disk label.
- 2) Articles should be written in 12" Times New Roman letter font and with 1.5 line spacing.
- 3) The title of the article should be centred on the page and written in 12" capital letters. The name of the author should appear a few lines below the title and also centred, in 10" capital letters. The name of the university, institution or city should come just below this and in 10" lower-case letters. See the following example:

LA IMAGEN DE LA MUJER EN EL CINE ESPAÑOL
DE LA TRANSICIÓN

MARÍA ISABEL DURÁN PRIETO
Universidad de Murcia

- 4) Articles should be between 15 and 18 pages in length.
- 5) The first line of each paragraph should be indented.

- 6) Quotations in the text should be indented, enclosed in quotation marks and written in 10" letter size.
- 7) Titles of cited books and journals should be written in italics. Titles of articles and chapters of books should be enclosed in quotation marks.
- 8) Footnotes should appear at the bottom of the page, in 10" letter size and with single line spacing.
- 9) Bibliographical references should always appear as footnotes and not in the body of the text. See the following model for citing books:

WELLDON, Estela V.: *Madre, virgen, puta. Idealización y denigración de la maternidad*, Madrid, Siglo XXI, 1993.

- 10) Articles and chapters of books should be cited as in the following example:

O'CONNOR, Patricia: «Mujeres sobre mujeres: teatro breve español», *Anales de Literatura Española Contemporánea*, 25 (2003), pp. 45-76.

BENTOVIM, Arnold: «Therapeutic systems and settings in the treatment of child abuse», in A.W. Franklin (comp.): *The challenge of child abuse*, New York, Academic Press, 2001, pp. 249-259.

- 11) If a work has already been cited, its title is omitted in subsequent references, as follows:

² MANERO, José: Op. cit., p. 345.

If different works by the same author are cited, then the title should be given in each reference:

⁶ MANERO, José: *Los elementos químicos...*, op. cit., p. 345.

If the same work is cited several times in succession, both the title and author's name should be omitted and the following model adopted:

⁶ MANERO, José: *Los elementos químicos...*, op. cit., p. 345.

⁷ Ibid., p. 22.

⁸ Ibid., p.35.

- 12) Different sections of the text should be ordered using Arabic numerals (1,2,3, etc.) and section headings should be written in capital letters and bold type.

Editorial policy and guidelines

Sub-sections should be numbered as follows: 1.1, 1.2, 1.3, etc.; sub-section headings should be written in lower-case letters and bold type.

- 13) Articles should be accompanied by an abstract of about 10 lines in Spanish and English, keywords in Spanish and English, and a short CV of the author (8 lines).
- 14) Photographs and graphic items should be submitted on a CD-ROM or floppy disk, separate from the text, in TIF format and with an image quality of 300 dots per inch. They should be clearly labelled according to their position in the text.
- 15) All contributions are evaluated anonymously by specialists of recognised prestige. These should be submitted with the author's postal and e-mail addresses. Works not accepted for publication may be returned to the author on request.

Please send contributions to: Redacción de *Feminismo/s*
Centro de Estudios sobre la Mujer
Universidad de Alicante
Apdo. 99 - 03080 Alicante
e-mail: cem@ua.es

