

De la píldora a la menopausia

por **Santiago Dexeus**

*Conferencia pronunciada
el 27 de octubre de 2005*

Forum Deusto

De la píldora a la menopausia

Santiago Dexeus*

Introducción

Mi condición de médico, y muy especialmente de ginecólogo, me ha permitido comprobar cómo una serie de prejuicios sexistas y actitudes culturalistas francamente machistas, condicionaban y todavía influyen la incorporación de la mujer a la sociedad con los mismos derechos y deberes que el hombre. Las líneas que siguen no pretenden ser un alegato feminista, sino el reflejo de lo vivido en estos casi cincuenta años de ejercicio de la Medicina, dedicados al cuidado de la mujer.

Un pasado que deja huella

Hace bastantes años, recién licenciado en Medicina, ingresé en la Maternidad Provincial de Barcelona para cursar mi especialidad. Aquella Institución, había sido creada para acoger a las mujeres *des-carriadas* que siendo solteras habían quedado embarazadas. Tamaño *pecado* era castigado por la moral del *nacional catolicismo* de muy diversa manera.

Si se trataba de primerizas, podían ingresar a partir de las 24 semanas de gestación, pero si eran reincidentes, se las consideraba unas irreversibles prostitutas, y tan sólo podían acogerse a los cuidados hospitalarios si estaban ya, en trabajo de parto.

* Director de la Cátedra de Investigación en Obstetricia y Ginecología, Institut Universitari Dexeus - Universitat Autònoma de Barcelona.

La trampa era fácil y, con gran desespero de la mayoría de la comunidad religiosa, los residentes contribuíamos al fraude y cualquier gestante que solicitara el ingreso, para nosotros, era una primeriza.

La Maternidad disponía de un pabellón, el azul, de horrible y fría construcción propia de la arquitectura fascistoide de la post-guerra civil; sin embargo su interior estaba bien acondicionado: disponía de habitaciones luminosas de una a dos camas, decentemente amuebladas y con calefacción, salas de parto adecuadas así como de dos buenos quirófanos. En él se atendía a las casadas. Las solteras iban a parar al pabellón Rosa, edificio post modernista de notable interés arquitectónico, pero que se mantenía en pésimas condiciones. Las internadas vivían allí en un régimen casi carcelario. Incomunicadas, con obligatoriedad de prácticas religiosas, diferente alimentación, etc.. Recuerdo el rezo obligatorio del rosario. Éste estaba dirigido por una religiosa, que a medida que iba pasando por las diferentes salas, desaparecía el monótono murmullo de respuesta de la sección precedente para elevarse el tono en la siguiente sala.

Los partos de las solteras solían transcurrir con menor atención médica que los asistidos en el pabellón azul, el de las casadas. Tras un trabajo de parto generalmente exhaustivo, sin respiro para poder reflexionar, la recién parida debía decidir sobre si reconocía o no al hijo. Todas sabían que existían muy pocas posibilidades de que pudieran educar al hijo, ni tan siquiera mantenerlo, pero sometidas durante los meses de internado a la presión psicológica que atendía a un único lema, *reconoce tu pecado y redímete con tu trabajo penitente*, casi todas firmaban el papel del reconocimiento. Del «pecado» ya he hablado, y el cacareado trabajo, merece unas pocas líneas. Consistía en trabajar todos los días de la semana, todas las semanas del mes, gozando de algún que otro permiso concedido arbitrariamente por los superiores. A cambio se les proporcionaba un infecto alojamiento y una espantosa alimentación que no era lo peor, teniendo en cuenta las condiciones de España en aquellos largos años de la post-guerra civil. La celestial redención no era milagrosa y las pocas que permanecían en la Institución se convertían en auténticas esclavas sin posibilidad alguna de reintegrarse a la vida civil. La mayoría desertaban, ya fuere en el momento en que el hijo no necesitaba la leche materna o aprovechando cualquiera de los «permisos» por buena conducta.

Recuperar al hijo, tras haber huido de la Institución no era nada fácil, y supongo que la cantidad de certificados de *buena conducta*, a los que era tan aficionada la burocracia franquista, debían enlentecer el proceso *ad infinitum*.

Ustedes pensarán que el colectivo de madres solteras que recibíamos procedían mayoritariamente de la prostitución. No era así. Un alto porcentaje lo constituían jóvenes campesinas que desertaban de un medio rural arruinado y marchaban a las grandes capitales para contratarse como sirvientas. Eran «carne de cañón» para el señorito desaprensivo e inmoral o para el recluta que venía de su región y le prometía amor eterno o simplemente para el proxeneta que les aseguraba un sueldo extra con el que alimentar a la familia a la que enviaban todo el dinero que eran capaces de ahorrar de sus miserables sueldos. Las más agradecidas, tras la traumática experiencia del embarazo, podían encontrar en la prostitución una salida a sus predestinadas vidas.

Permítanme que les relate la historia de una paciente que es ilustrativa de todo lo anterior. En mi primer año en Maternidad, estando de guardia y con muy poca experiencia, me llamaron para formalizar el ingreso de una gestante primeriza. Se trataba de una bella mujer que acompañada de sus padres deseaba ocultar su embarazo para lo que reclamaba el anonimato, lo cual estaba permitido, anonimato que el progenitor reclamaba con agresiva insistencia. Les propuse un apellido catalán de los más frecuentes a lo que el incómodo padre asintió, no sin antes dirigirme una sarcástica puntualización: «Con lo poco que me gusta todo lo que huele a catalán pero, no importa, puesto que no veré nunca a este hijo de ...». En 1959, no estaba el horno para bollos y me tragué lo que deseaba decirle y lo más educadamente que pude le contesté «como médico catalán le garantizo que su hija va a recibir la mejor atención médica posible para proporcionarle seguridad a ambos». El siniestro personaje dio por terminada la consulta y sin despedirse de su hija, conminó con un imperativo «hala, mujer» a que su esposa abandonara la estancia, orden que fue cumplida sin rechistar, atreviéndose a esbozar un imperceptible beso prácticamente al aire, que la madre dirigió a la hija, que iba a ver por última vez.

La joven, más o menos de mi edad, era estudiante de letras en la Universidad de Salamanca. El novio, de conocida familia, se desentendió del embarazo... el resto ya pueden imaginarlo.

Treinta años después, volví a ver a XX, afecta de un tumor ginecológico que afortunadamente superó. En el curso del tratamiento tuvo necesidad de contarme su vida, que resumo brevemente:

Ella no volvió a su casa paterna, no reconoció al hijo, tuvo que abandonar los estudios, y tras diversos y variados trabajos, entre

ellos la de «animadora» de una conocida sala de fiestas barcelonesa, encontró un buen protector, que la convirtió en su amante (entonces se llamaban «fulanas»), del que heredó una pequeña fortuna, que le permitió montar su propio y lucrativo negocio. Me reconoció que el hijo que tuvo que abandonar y la terrible experiencia vivida, le habían marcado para siempre y que la frialdad y agudeza que fue el detonante para el éxito en sus negocios, lo atribuía a la amargura que nunca la abandonó.

Ustedes se preguntarán, ¿a qué viene esta historia?, y si la he relatado es porque las múltiples experiencias que viví en la Maternidad Provincial de Barcelona marcaron mi vida. La lucha universitaria por la libertad y la democracia eran hechos de un pasado estudiantil mucho menos comprometido que la injusticia y discriminación social que padecía la mujer que era algo tan tangible y cotidiano en mi trabajo profesional que exigía un inmediato compromiso, so pena de constituirse en cómplice de tamaña injusticia social.

La píldora en la España franquista

Hace unos meses un conocido científico hizo unas declaraciones en las que equiparaba la píldora anticonceptiva con el Viagra y las etiquetaba como las *píldoras de la felicidad*. No puedo estar más en desacuerdo en equiparar la píldora anticonceptiva y por extensión cualquier método anticonceptivo con el Viagra. La primera permite a la mujer disfrutar de su vida sexual sin temor a un embarazo deseado, mientras que la segunda (y similares) activan una función, la eréctil, que el paso de los años o las enfermedades, han anulado o disminuido notablemente impidiendo la penetración.

Durante mi formación en el extranjero en el año 1962, y concretamente en Inglaterra, pude comprobar que la consulta de Planificación Familiar tenía tanto o más peso social que la de diagnóstico precoz del cáncer. Motivado por mi experiencia en la Maternidad Provincial de Barcelona, y por la angustia mensual en la que vivían las mujeres que no deseaban tener hijos, sin proponérmelo me convertí en un pionero de la contracepción en nuestro país.

La historia de la anticoncepción en España tiene un duro pasado, que se inscribe como una de las tantas luchas que tuvimos que librar durante la dictadura para obtener un mínimo de libertad.

En mi historia personal, puedo vanagloriarme de haber sido sancionado con la expulsión del laboratorio donde trabajaba preparando mi tesis doctoral por haberme atrevido a dar una conferencia sobre anticoncepción en la Facultad de Medicina de Barcelona a médicos y estudiantes de Medicina. Estoy hablando de 1964, la España del «600» y del turismo y los bikinis... Este incipiente aperturismo, no debía aplicarse a la mujer española, sino a las turistas que nos visitaban y cuya moral era más que dudosa, para muchos sectores de la sociedad y de la mayoría de los medios de comunicación fieles a la moral franquista. De forma parecida debía pensar el Excmo. Sr. Decano de la Facultad quien hubiera deseado llevarme a los tribunales, pero el juez consultado desaconsejó tal diligencia por considerar que la Universidad debe aceptar la libre expresión de sus miembros, cuando ésta se limita al recinto Académico.

Hasta 1978 no se aceptó, *oficialmente* la consulta anticonceptiva; sin embargo en España, la natalidad era y es una de las más bajas del mundo. Por lo tanto, era evidente que los ciudadanos/as españoles controlaban eficazmente su capacidad reproductiva, a pesar de las trabas oficiales, aunque se conseguía con medios mucho más primitivos y con menor información de la que disponían en otros países.

Entre mis pacientes progresistas era frecuente la petición de un diafragma, que se obtenía de forma rocambolesca, enviando el equivalente a 1,50 euros a Inglaterra y por correo postal, se recibía el diafragma y dos tubos de pomada espermicida.

En muchas ocasiones el diafragma no servía para el uso que le correspondía y vegetaba en el bolso de su propietaria como símbolo de una libertad de elección, por la que su propietaria luchaba.

Miles de mujeres españolas tuvieron que sufrir gestos de desaprobación, miradas de desprecio, por parte de farmacéuticos que se negaban a dispensar la píldora, que obviamente habían catalogado de abortiva, sin fundamento científico alguno. Recetábamos los anticonceptivos orales, como reguladores del ciclo menstrual y como siempre en este juego de doble moral, las más perjudicadas fueron aquellas mujeres que no podían recurrir a un médico privado que fuera complaciente con su problema, puesto que éste no se contempló entre las prestaciones de la Seguridad Social, hasta 1978, como he dicho anteriormente.

La situación podía perjudicar también al hombre, si su entendimiento con su pareja era verdadero, pero en no pocas ocasiones el hombre utilizaba su poder procreativo para perpetuar una situación de dominación sobre la mujer.

Pocos meses antes del fallecimiento del Dictador, me consultó una madre de 35 años con 5 hijos, «pubilla» (que en Catalunya significa ser la heredera de un importante patrimonio familiar rural). Su matrimonio con un alcohólico, holgazán y violento se convirtió en un auténtico infierno. El marido que veía en los sucesivos embarazos, la forma de retener a su esposa que era su única base económica, la sometía a todas las vejaciones sexuales posibles, auténticas violaciones y maltratos físicos. La pobre mujer, consciente de la inutilidad de la denuncia, o del intento de separación en un medio rural, consideró que la única solución era su esterilización para intentar recomponer su vida sin la responsabilidad de embarazos no deseados. En aquellas épocas fuimos los primeros en practicar las ligaduras tubáricas por vía laparoscópica. La ley las equiparaba a un «homicidio», indirecto, pero nosotros inventamos el término de oclusión, tubárica reversible, con lo cual dábamos a entender que no era una *mutilación* definitiva, intentando soslayar la ley entonces vigente. Procedimos a la ligadura tubárica, pero el marido no dudó en denunciarme. Afortunadamente el juez que tramitó la demanda, la desestimó, no sólo por sus ideas aceptablemente liberales sino por la presión del personal femenino del juzgado que amenazó con un plante si se tramitaba la vergonzosa denuncia.

Me parecería una perogrullada discutir la enorme trascendencia social de la anticoncepción oral que permitió a la mujer disfrutar de una sexualidad independiente de la reproducción. Imaginemos lo que ocurriría en la actualidad, en las que las parejas jóvenes dedican el 50% de sus sueldos para pagar la vivienda, si no fueran capaces de limitar el tamaño de la familia, en relación, entre otros factores, con su economía.

Sin embargo, la historia de la anticoncepción hormonal oral tiene un comienzo muy poco feminista. En 1953 dos médicos norteamericanos, Pincus y Chang, administraron un compuesto de estrógenos y progesterona a mujeres portorriqueñas, que hicieron de cobayas, comprobando su efectividad como anticonceptivo. Teniendo en cuenta la enorme trascendencia social del descubrimiento de Pincus y Chang, éstos hubieran alcanzado grandes honores si no fuera por lo poco ética que fue su investigación.

De la píldora primitivamente comercializada a las de hoy, sólo tienen en común el efecto hormonal, pero las dosis y los productos empleados se han simplificado y reducido de tal forma que los efectos secundarios se han suprimido casi totalmente.

Cuando en 1978 se despenalizó la anticoncepción, alguna de cuyas prestaciones como la esterilización masculina o femenina eran consideradas como homicidios indirectos, tuvimos que someternos a un auténtico bombardeo mediático, defendiendo la inocuidad y la necesidad de la planificación familiar y del control de natalidad. Algo más de un año después, se despenalizó el aborto en los tres supuestos conocidos y sorprendentemente la repercusión mediática y social fue mucho menor. Atribuyo este hecho, a la progresiva madurez democrática del pueblo español, que conoce sus deberes y prerrogativas como ciudadano de un país democrático y plural.

Pero si hemos conseguido que la anticoncepción esté al alcance de todos, debemos reconocer que por deformación culturalista, tanto en el seno de la pareja como fuera de él, la responsabilidad anticonceptiva, injustamente recae primordialmente en la mujer, como si sabedores, los hombres, que el fardo de un embarazo no deseado lo sufre ella, con esta egoísta seguridad, nos inhibimos de una responsabilidad que debería estar compartida.

El panorama actualmente no es afortunadamente el mismo, pero la demanda creciente de la *píldora del día después*, y el alto e incontrolable número de abortos «legales» es un reflejo de varios problemas que nuestra sociedad no tiene resueltos y en los que la mujer acaba siendo la perdedora.

El embarazo

A una joven madre, Eufane MacAyane de Edimburgo, la enterraron viva en 1591, porque durante el difícil alumbramiento de unos gemelos había pedido que le aliviaran su dolor. El bíblico *parirás con dolor*, fue el argumento esgrimido para tan cruel sentencia. James Simpson, profesor de Obstetricia del mismo Edimburgo, unos tres siglos más tarde preconizó el uso de la anestesia en el parto. Como era de temer la Iglesia Calvinista escocesa arremetió contra él, que supo defenderse esgrimiendo otro versículo de la Biblia: Génesis 2,21: «*Hizo pues Yavé Dios caer sobre el hombre un sueño profundo, y dormido, tomó una de sus costillas, cerrando en su lugar con carne*». Excelente descripción de un rudimentario «transplante», pero obviamente realizado con anestesia.

No puedo asegurar que esta defensa bíblica de la anestesia salvara a Simpson, pero seguramente, el hecho de ser el tocólogo de la Reina

Victoria y de haberle aliviado su parto con éter, contribuyó a que no fuera públicamente defenestrado por los poderes fácticos de aquella época.

Debo remitirme a mis propias vivencias, pues siendo niño recuerdo los sinsabores que mi padre, obstetra de reconocido prestigio, tuvo que padecer por suministrar anestesia a las parturientas, hasta el punto de ser denostado públicamente por uno de aquellos apocalípticos predicadores, que hicieron de la religión un medio al servicio de la política, a través de sus púlpitos.

En el reaccionarismo y la ignorancia, encuentran los embaucadores un terreno abonado para sus intereses.

Del concepto culturalista del parirás con dolor nacen una serie de corrientes que pretenden «humanizar» el parto, haciéndolo más natural, como si el dolor fuera un atributo fisiológico de la naturaleza humana. No olvidemos que nuestros lejanos antepasados caminaban sobre cuatro miembros y antes de llegar al hombre erecto transcurrieron unos miles de años en que todavía nos apoyábamos sobre las manos. Las fémias de la prehistoria tenían una pelvis diferente y su posición horizontalizada favorecía el parto de la misma forma que paren sin dificultad alguna la mayoría de los mamíferos.

La actual analgesia, especialmente la locorregional, ha acertado el parto, permitiendo a la madre ser actora, no dramática, de este momento trascendente en su vida.

Recuerdo los gritos desgarradores de las parturientas de la Maternidad, a quienes no podíamos anestesiar por carecer de medios (personal especializado) y la tranquilidad con la que se asiste actualmente a los partos, hacen que se convierta en un acto para vivirlo con confianza y sin temor. Sin embargo, la gestante se halla frecuentemente bombardeada por noticias que, carentes de cualquier tipo de análisis científico, proponen métodos diversos a veces realmente surrealistas, que «garantizan» una parturición excepcional a la vez que un hijo especialmente dotado.

Es bien cierto que la preparación psico-física al parto de la pareja, no sólo de la madre, podrá reducir e incluso eliminar la anestesia, en algunos casos concretos, pero en la inmensa mayoría de las mujeres no suele darse el control absoluto del dolor y deben tener derecho a la anestesia.

Todas las demás teorías sobre formas de parir, desde el parto en el agua a con música y un largo etc., son simples teorías, basadas en

opiniones y no en hechos científicos generalmente emitidas por iluminados, que se benefician del interés que tiene la prensa sensacionalista en publicar este tipo de reportajes suministrándoles una publicidad gratuita.

Me permito aventurar que si el hombre pariera y se hubiera apuntado a alguno de estos métodos empíricos para parir, con un resultado negativo, inmediatamente se hubiera organizado una campaña de desprestigio que hubiera enterrado al «innovador»... pero la mujer en las mismas condiciones, lo máximo que obtendrá, después de haber sido estafada, será un benévolo «lo que llegan a hacer las mujeres.....»

Siendo la gestación un episodio exclusivamente ligado a la naturaleza femenina, la mujer sigue ignorante de muchísimos aspectos del embarazo y parto.

Toda gestante debería ser informada de todas las peculiaridades fisiológicas y de la más frecuente patología gestacional, para que pudiera tomar decisiones y actitudes que son muy personales: Diagnóstico prenatal, exámenes ecográficos, preparación al parto, el puerperio, la lactancia. Pocas madres son debidamente informadas de los beneficios de la recuperación física de la musculatura del suelo pélvico, tras el parto.

Unos simples ejercicios rehabilitadores pueden evitar futuras y graves incontinencias de orina.

En un cierto número de casos, se presenta la denominada *depresión post parto*, que ha llevado al suicidio a no pocas mujeres y sin embargo no se informa de este trastorno psíquico pasajero, a pesar de sus posibles graves consecuencias.

Es decir, ¿cómo es posible que un hecho tan frecuente y tan fisiológico como es el parir, sea tan poco conocido por sus principales implicadas, las madres? Muy sencillo, porque la medicina es mucho menos informativa con las mujeres que con los hombres.

Otro hecho que siempre me ha sorprendido, pues es considerado como una victoria social, es la ampliación del permiso maternal.

Cualquier mujer comprometida con el mundo laboral sabe que la maternidad suele representar un paso atrás en su carrera profesional.

Tampoco me parece lógico que se considere un gran éxito social el que la madre pueda disfrutar de un permiso laboral por Maternidad y no tenga la opción de canjearlo por la ayuda de una asistente especial-

lizada que se ocupe del recién nacido, y el descargarla de sus labores de madre le permitiera recuperar inmediatamente, su ritmo laboral habitual. ¿Por qué creen que las empresas eligen preferentemente varones?... pues para evitar la larga discontinuidad que se establece con los permisos maternales. Opciones más novedosas, como la de permitir que el cónyuge masculino se beneficie del permiso maternal (en las circunstancias en que su trabajo permitiera una mayor flexibilidad horaria que el de ella o simplemente fuera menos renditivo o de menor responsabilidad), no están contempladas y culturalmente poco o nada aceptadas.

El Institut Català de la Dona (Mujer) ha publicado unas cifras verdaderamente elocuentes sobre la situación real de la mujer en la empresa.

La plantilla de las empresas la constituyen un 76 % los hombres y sólo el 24% las mujeres. Además las mujeres están muy poco representadas en los cargos de mando y dirección. En líneas generales las tareas de producción se masculinizan y las de administración y relación con los clientes se feminizan. Un 40% de las mujeres no se acogen al permiso *postparto* y un 17% de las embarazadas suspendió el contrato laboral durante la gestación.

Las embarazadas y las mujeres que se incorporan al trabajo después del parto son un colectivo de riesgo de acoso laboral o *mobbing*.

La situación de la mujer *en el mundo laboral*, del que acabo de hacer mención con respecto al embarazo, es sujeto que debe movernos a reflexión.

Los indicadores sociales indican que en veinte años se ha pasado de una tasa de actividad femenina del 32% en la década de los 80, a un 55% en los primeros años del 2000. Quizá este hecho justifique la baja natalidad de España, que ha disminuido a un preocupante 1,3%.

La dualidad que comporta el mantener un doble horario, el laboral y el del hogar, tiene que haber influido en la decisión de tener hijos en las actuales posibles madres.

Las responsabilidades laborales ocupan un lugar cada vez más importante, invadiendo el terreno que antes ocupaban la afectividad, el sexo o la familia. (1). Las parejas de doble ingreso, que representan el 70% de las familias españolas, se hallan sometidas a una constante tensión entre los intereses laborales y los de orden privado. En un estudio realizado por el IESE sobre 5.000 hogares catalanes, en los que am-

bos cónyuges trabajan fuera de casa, la incompatibilidad de horarios, es percibida como la principal causa de conflicto.

Según los datos de las empresas no hay diferencia salarial entre sexos, pero según las encuestas a trabajadores la media salarial es de 1.091 euros/mes para los hombres frente a 936 para las mujeres.

El Gobierno actual de la Generalitat se ha propuesto lograr un cambio de mentalidad en la perspectiva sexista que permita a las mujeres la plena participación social, familiar y laboral y no ser simples proveedoras de *servicios de asistencia*, trabajo social no cuantificable que actualmente ocupa al 90% de la población femenina activa. La secretaria de la Consellería de Bienestar y Familia de la Generalitat de Catalunya ha propuesto la creación de un *agente de conciliación de la vida laboral y familiar* dentro de las instituciones y de las empresas «capaz de incorporar la perspectiva de género». También se pretende crear espacios multifuncionales cerca de los lugares de trabajo que aúnen equipamiento escolar y de ocio para reducir así el tiempo de desplazamiento. (*La Vanguardia*, 10 noviembre de 2004).

Se ha denunciado repetidamente, que ante una oferta de trabajo tiene siempre más posibilidades de obtenerlo el hombre que la mujer.

Afortunadamente se está lentamente imponiendo la idea de *salario mental* definido como calidad de vida privada que se obtiene junto al salario, es decir no sólo se valora la retribución, sino también la posibilidad de seguir prosperando y aprendiendo en el ejercicio de la actividad laboral y la conciliación de trabajo, familia y vida personal.

Es un hecho conocido que muchas mujeres rechazan la posibilidad de promoción a puestos de mayor responsabilidad en la empresa porque coincide en el tiempo con una mayor dedicación al cuidado de los hijos o a veces de los padres ancianos.

Las empresas que apliquen flexibilización de horarios laborales que permitan la compatibilidad de intereses de la mujer junto con un cambio cultural que incorpore al hombre en la responsabilidad y trabajo del hogar y de la familia, facilitarán la igualdad del hombre y de la mujer ante la carrera profesional.

La menopausia

El tema de la menopausia está siendo tratado de forma exhaustiva en todos los medios de comunicación. Si la cantidad de información

generada es importante, no podemos decir lo mismo de la calidad de la misma. Aquélla suele ser tendenciosa y supeditada a intereses ajenos a la medicina y, por lo tanto, sin el objetivo primordial que debería ser la información veraz sobre salud femenina.

A pesar de tanta publicidad sobre todo lo que genera la lucha contra el envejecimiento, llama la atención el notable desconocimiento sobre la fisiología de la menopausia por parte de las más interesadas, las propias mujeres.

Hace unos pocos años, en una encuesta efectuada en tres países de la UE (Bélgica, Holanda y Luxemburgo), sólo el 30% de las mujeres encuestadas respondían satisfactoriamente a la pregunta ¿qué es la menopausia?

Es difícil hacer comprender que sólo puede hablarse de menopausia cuando falla la actividad de los ovarios. Cuando sentamos la indicación de una histerectomía (extirpación del útero) pero conservando los ovarios, a las pacientes les cuesta entender que la desaparición de la regla que obviamente comporta la extirpación del útero, no sea sinónimo de menopausia.

Esta confusión, ha estado fomentada por la escasa información que las mujeres reciben por parte de sus médicos. Ante la obligada pregunta que debe hacerse al redactar una historia clínica de una paciente operada por algún proceso ginecológico, es frecuente que todavía se escuchen respuestas tan poco afortunadas como «*me vaciaron*». Tantas veces como las he oído me he preguntado si algún hombre se contentaría si su cirujano después de haberle intervenido le diera como única explicación que le había vaciado.

Muchas histerectomías iban acompañadas de la extirpación de ambos ovarios, sin que este complemento de la intervención principal fuera adecuadamente informado y aceptado por la paciente, quien tras el acto quirúrgico, no sólo se quedaba sin menstruar (si la intervención fue practicada antes de la menopausia) sino que además iniciaba un cuadro típicamente menopáusico por la extirpación de los ovarios, hecho que la propia enferma desconocía.

Es lógico que se creara una gran confusión, pero ésta derivaba de la nula información que las mujeres tenían sobre su fisiología, alimentada por la actitud de ciertos médicos. Desgraciadamente, la mayor parte de la literatura que se publica sobre el climaterio femenino tiene escaso

o nulo fundamento científico y está primordialmente alimentada por razones mercantilistas.

Del *Women for ever* (mujeres para siempre), título de un famoso libro que fomentó el uso de la *terapéutica hormonal sustitutiva* (THS), hemos pasado al *jóvenes para siempre*, slogan atractivo pero totalmente inalcanzable.

De la THS se ha abusado, especialmente en países como los USA, en los que la influencia de los medios de comunicación, incluso en el terreno de la Medicina, es enorme. A medida que se progresaba en el conocimiento de sus beneficios y de sus riesgos, se han podido delimitar sus precisas indicaciones, huyendo de la banalización de las prescripciones.

La prensa sensacionalista se ha hecho eco de los posibles riesgos de la THS, basándose en dos famosos trabajos, cuya validez científica ha sido cuestionada por defectos en la recolección de los datos y en la heterogeneidad del colectivo femenino motivo de los estudios.

No deja de inquietarnos que las campañas en contra de la THS, suelen dar paso a una importante publicidad de una serie de productos de dudosa eficacia, homeopáticos, «naturales», etc., que se venden sin receta y que están alimentando una emergente industria que podríamos definir como de la «eterna juventud».

Junto a los productos vendibles como fármacos, la interminable lista de cremas, lociones, técnicas de rejuvenecimiento que van desde los inocuos baños con los más variados y exóticos productos a ciertas inútiles intervenciones de cirugía estética, no tan inocuas y que como efecto secundario menor, dan lugar a la dependencia con el bisturí.

¿Qué hay detrás de tanta parafernalia? En primer lugar una industria que se basa, en la mayoría de los casos, en puro empirismo y que suele satisfacer transitoriamente a quien recurre a ella, porque le ofrece unas soluciones que el espejo le exige.

La propia prensa norteamericana ha reaccionado recientemente, advirtiendo de los intereses espúreos que han fomentado la necesidad de desprestigiar la THS. (2)

Pero en este culto a la belleza y canto a la eterna juventud, la mujer sigue estando discriminada. El hombre que envejece tiene muchos más recursos sociales para sentirse arropado. Las primeras canas, suelen ser un toque de distinción, e incluso la calvicie puede darle cierto

aire atractivo. Para la mujer que experimenta los primeros signos del envejecimiento, sólo le queda recurrir al teñido del pelo con la máxima celeridad posible.....y a tantas cosas más.

Es cierto que la sociedad actual se rige por valores diferentes a los que aprendimos muchos de nosotros y por los que hemos luchado, pero aun asumiendo que debemos aceptar un nuevo orden taxonómico, las mujeres siguen estando discriminadas en nuestra sociedad actual, cuando se trata de la belleza corporal o el mantenimiento de la juventud.

También la sexualidad en el seno de la pareja sufre una evolución que puede ser diferente en uno u otro sexo.

La pareja monogámica que envejece manteniendo el respeto y el amor, suele adaptarse bien a las diferencias de género que irán surgiendo a lo largo de su vida conyugal. De la relación sexual basada en la penetración, al disminuir la potencia del varón con los años o las enfermedades, se pasará a gestos sexuales diferentes y suficientemente gratificadores como lo fueron en la juventud. El hombre que ha estado atento al placer de su compañera sexual, estará mucho más preparado para esta nueva mecánica sexual, que aquel cuya única satisfacción era la propia.

La aparición de medicamentos capaces de proporcionar una buena erección circunstancial, pueden representar fármacos «de felicidad» como los bautizó un conocido psiquiatra.

Me parece que debemos ser algo más críticos con el juicio que merecen estos nuevos fármacos. Cuando se administran a pacientes afectos de cualquier patología que repercuta negativamente sobre su potencia, deben ser considerados como cualquier otro medicamento, de justificada prescripción.

Cuando el varón recurre a ellos para afirmar su hombría, el escenario suele ser muy diferente al de una enfermedad cualquiera.

Frecuentemente un marido preocupado por su progresiva impotencia, a edades que superan los 60 años, se administra la píldora «de la felicidad», sin tener en cuenta la opinión de su mujer. Para ésta, si está en la postmenopausia, la sexualidad de la que antes hablé suele ser suficiente y el retorno a una mecánica de intensa penetración puede representarle desagrado o incluso dolor. No pocos cónyuges envalentonados por la píldora «priapica» buscarán fuera de casa lo que consideran su derecho y que antes del fármaco no se hubieran ni atrevido a mencionar.

Otros, los que siempre «han pisado fuerte», ven en la píldora de la erección la manera de seguir consumiendo sexo en el mercado más atractivo, que como todos sabemos es la forma más antigua de comercialización del cuerpo femenino.

Según recientes estimaciones (3), el mercado del sexo mueve en España entre 12.000 y 18.000 euros. No voy a profundizar aquí en todos los factores que subyacen en la prostitución, ni tampoco en las medidas más que cuestionables que se proponen y que no suelen incidir en las bases del problema, pero sí quisiera denunciar algunas de las situaciones realmente espantosas de determinados aspectos de la prostitución. Me refiero al tráfico de niñas denunciado por Anuradha Koirala en una reciente entrevista (4). Esta licenciada en Letras, que fue ministra de Bienestar Social en Nepal, ha fundado una asociación «Maiti Nepal», que rescata a niñas que son secuestradas para dedicarlas a la prostitución. La entrevista de Koirala contiene datos dantescos. Cada año cerca de un millón de mujeres son introducidas en el mercado sexual, la mayoría analfabetas raptadas o engañadas por los proxenetas.

En los burdeles son forzadas a mantener relaciones sexuales con unos veinte hombres al día. Los indios creen que teniendo relaciones sexuales con una niña se van a curar de sus enfermedades. En el tráfico de niñas las edades mejor pagadas están entre los 6 y los 11 años ¡!!!. Tras unos pocos años de esclavitud sexual, el 80% han contraído el sida y son abandonadas a su suerte.

Parece imposible que esta situación pueda darse en cualquier tipo de civilización y todavía más sorprendente que las tímidas redadas que se efectúan en algunos países asiáticos, los proxenetas se zafen de ellas escondiendo a las más jóvenes en agujeros practicados en las paredes de los prostíbulos.

A modo de conclusión

Es posible que la exposición de etapas tan diversas de la vida de la mujer, desde los años de necesidades anticonceptivas al climaterio, hayan constituido una visión excesivamente amplia, que me haya impedido profundizar en la discriminación social, laboral y sexual que la mujer sigue padeciendo, incluso en las sociedades avanzadas.

Muy probablemente, mis argumentos serían anacrónicos en determinados círculos en los que la integración de la mujer es una realidad.

Pero he basado mis juicios en mi experiencia ginecológica, de muchos años, y puedo asegurarles que no pasa día en que compruebe, asombrado, cómo la discriminación de la mujer, más o menos críptica, se da a todas las edades, en todas las clases sociales y en los más dispares oficios y profesiones.

Nuestro propio lenguaje oral y escrito está plagado de sexismo, como señaló recientemente la filóloga Eulalia Lledó (5), que advierte «que el principio de economía de la lengua no justifica menospreciar un colectivo mayoritario». Cita frases aparecidas en la prensa tales como las escritas con motivo de una boda muy sonada. «Había pocos invitados dentro, pero fuera muchos mirones y mironas..» o bien se habla de *mujer escritora* y no simplemente escritora como se hace con el escritor... o lo que se puede leer en el diccionario del Institut de Estudis Catalans: Adulter-a = una dona adúltera. Un home adúlter...

En síntesis, podemos aceptar que la discriminación de la mujer va retrocediendo en nuestra sociedad occidental y del bienestar, pero todavía queda un largo camino que recorrer, sembrado de obstáculos, a veces irreconocibles, pues somos víctimas de unas deformaciones culturalistas que nos confunden.

La situación de la mujer en el Mundo en vías de desarrollo es poco menos que lamentable, y de ello podemos dar constancia los propios ginecólogos cuando comparamos las cifras de mortalidad de ciertas patologías o el grado de atención sanitaria que reciben las mujeres.

Para quienes tengan un mínimo de preocupación social, la lucha por la igualdad de la mujer es todavía una asignatura pendiente.

Bibliografía

1. Chincilla N. y Mecati I. *La Vanguardia*, 4 de Sept. 2005.
2. Parker-Pope T. *The Wall Street Journal*, 11 Oct. 2005.
3. Prieto J. *El País*, 27 Sep. 2005.
4. Koirala A. *La Vanguardia*, 7 Oct. 2005.
5. Lledó E. *La Vanguardia*, Sept. 2005