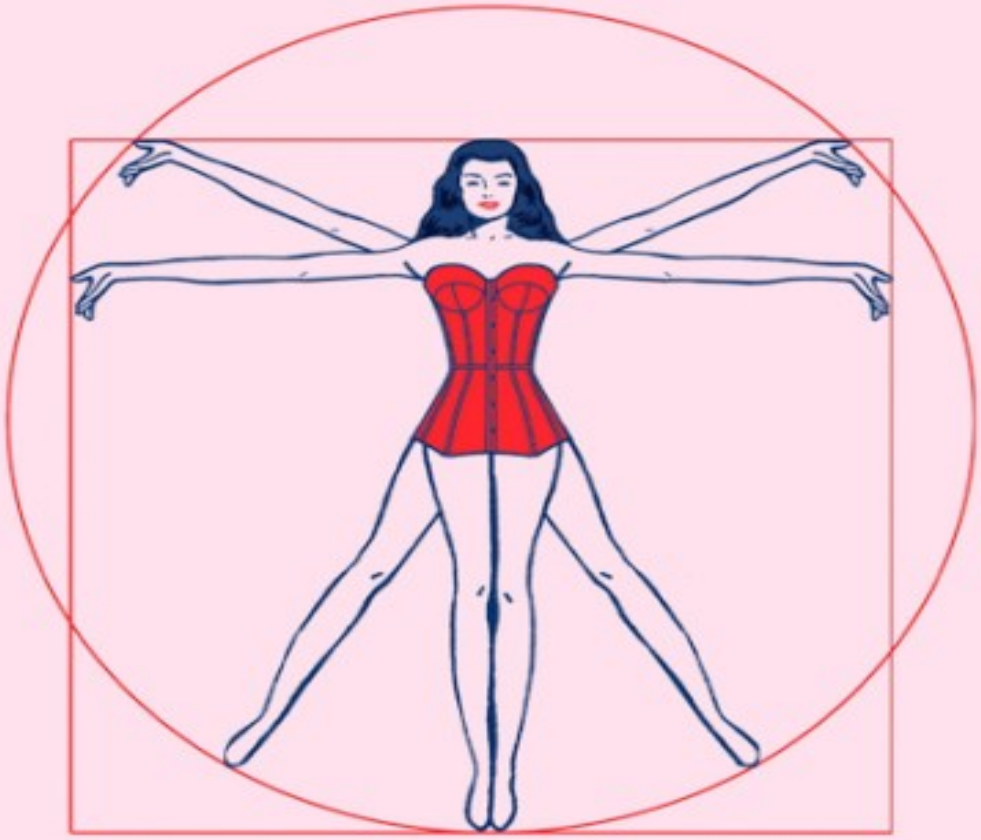
No seas exagerada

HISTORIA DE CÓMO LA MEDICINA OLVIDÓ A LAS MUJERES Y POR QUÉ ES IMPORTANTE ARREGLARLO



Elizabeth Comen

temas de hoy

ÍNDICE

PORTADA
SINOPSIS
PORTADILLA
DEDICATORIA
NOTA DE LA AUTORA
INTRODUCCIÓN
1. PIEL. SISTEMA TEGUMENTARIO
2. HUESOS. SISTEMA ESQUELÉTICO
3. MÚSCULO. SISTEMA MUSCULAR
4. SANGRE. SISTEMA CIRCULATORIO
5. ALIENTO. SISTEMA RESPIRATORIO
6. TRIPAS. SISTEMA DIGESTIVO
7. VEJIGA. SISTEMA URINARIO
8. DEFENSA. SISTEMA INMUNITARIO
9. NERVIOS. SISTEMA NERVIOSO
10. HORMONAS. SISTEMA ENDOCRINO
11. SEXO. SISTEMA REPRODUCTOR
CONCLUSIÓN
AGRADECIMIENTOS
NOTAS
CRÉDITOS

Gracias por adquirir este eBook

Visita Planetadelibros.com y descubre una nueva forma de disfrutar de la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!

Primeros capítulos
Fragmentos de próximas publicaciones
Clubs de lectura con los autores
Concursos, sorteos y promociones
Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:



Explora **Descubre** **Comparte**

SINOPSIS

Innovadora y tremendamente entretenida, es a la vez una narración colectiva sobre los cuerpos de las mujeres y una llamada a la acción para una nueva conversación en torno a la salud femenina.

Desde los inicios, la medicina ha tratado los cuerpos de las mujeres como objetos con los que experimentar sin límites: los ha examinado e ignorado, idealizado y sexualizado, avergonzado, subyugado, mutilado y descartado. Y ellas han permanecido sin voz. Se ha impuesto un relato desde la perspectiva de los hombres que no tenía en cuenta el sufrimiento, el dolor, las voces, los pensamientos, los miedos y preocupaciones de las mujeres. A pesar de los avances, aún hoy sobrevive la idea de que los cuerpos femeninos son versiones defectuosas del ideal masculino y persiste el estigma social generalizado que moldea las relaciones de ellas con su propio cuerpo.

Ahora la doctora Elizabeth Comen, oncóloga del Memorial Sloan Kettering Cancer Center e historiadora de la medicina, recoge los principales descubrimientos publicados y los entremezcla con su propia experiencia tratando a miles de mujeres para enmendar este error histórico. En un repaso a través de los once sistemas de órganos de nuestro cuerpo, la doctora Comen comparte historias únicas e inéditas que permiten empoderar a las mujeres, comprender su cuerpo y abogar por una atención sanitaria que priorice la salud y la felicidad de todas las generaciones venideras.

No seas exagerada está escrito con humor, sabiduría y un profundo conocimiento científico y cultural. Reveladora, a veces exasperante, pero siempre cautivadora, esta memoria compartida de la historia médica de las mujeres es una contribución esencial para comprender a la mitad de la población.

ELIZABETH COMEN
NO SEAS EXAGERADA

Historia de cómo la medicina olvidó a las mujeres y por qué es importante arreglarlo

Traducción de Noelia González Barrancos

temas de hoy

Para mis perlas: pasadas, presentes y futuras

NOTA DE LA AUTORA

Las opiniones vertidas en el presente libro son estrictamente personales y no representan de ningún modo sugerencias médicas para casos particulares. La privacidad de los pacientes es de vital importancia. En las páginas siguientes utilizo los nombres de pacientes históricos siempre y cuando estos hayan sido publicados con anterioridad en informes de dominio público.

Con el fin de respetar su dignidad y privacidad, se mantiene el anonimato de los pacientes actuales, de quienes no se aporta ningún elemento identificador específico.

INTRODUCCIÓN

Día tras día camino —y trabajo— bajo la sombra de la muerte. Su presencia es constante: vigila acechante cualquier conversación, oscurece los escáneres en el lugar donde se ha asentado y extendido una masa cancerosa, me persigue por las salas de exploración en las que veo a mis pacientes en intervalos de veinte minutos. Las salas están diseñadas para ser asépticas pero tranquilas; son luminosas y están provistas de suelos de linóleo color crema y algún motivo natural relajante —un campo de flores silvestres o un arroyo burbujeante— colgado en la pared, donde la paciente tumbada en la camilla pueda verlo con solo girar la cabeza. Hasta las batas médicas, de sirsaca en tonos rosados o blancos, han sido confeccionadas para tranquilizar, para suscitar calma. Como si la mujer tumbada en la camilla pudiera imaginarse en otro sitio, en un lugar más bonito; en un *spa*, por ejemplo.

Como si pudiera olvidar el motivo que la ha traído hasta aquí.

Como si fuera posible ignorar la presencia penumbrosa de la muerte, subrepticia y terrible.

* * *

Aquella mañana de agosto de 2018, la sombra en cuestión era más oscura y cercana que nunca y la fantasía de una serenidad propia de un *spa* brillaba por su ausencia. El trajín y el bullicio se apoderaban del ala dedicada al cáncer de mama del hospital: zumbidos y pitidos de máquinas, el trasiego de médicos y enfermeros, los susurros y los

sollozos ocasionales que las cortinas de separación marrón oliva que rodeaban las camas de las pacientes no lograban amortiguar.

Respiré hondo y me preparé mentalmente para la conversación que se avecinaba. A menudo, las pacientes temen que, al aproximarse la hora de su muerte, sus médicos se den por vencidos; que no tengamos nada que ofrecerles cuando ya no podamos brindarles la esperanza de una cura. Sin embargo, aunque llegue el momento en que las terapias dirigidas dejen de funcionar, los oncólogos no dejan de preocuparse por sus pacientes. Esta visita, una de las últimas con mi paciente, quizá fue la más importante. En lugar de una prognosis esperanzadora o un nuevo plan de tratamiento, le estaba ofreciendo algo más simple: mi presencia. En esta ocasión, le haría una serie de promesas: no te voy a abandonar; voy a tratar tu dolor y a mitigar tu sufrimiento; voy a ayudaros a ti y a tu familia a lidiar con lo que se avecina; voy a estar a tu lado hasta el final.

Ellen me miró pesarosa mientras yo cruzaba la cortina junto a su cama. Respiraba con dificultad, y del abdomen y el pecho le sobresalían varios tubos: un último e infructuoso intento de drenar los fluidos que anegaban su cuerpo y le comprimían los órganos hasta hacerlos fallar. La ictericia le teñía los ojos de amarillo y la piel de las hundidas mejillas estaba igual de apagada que la pared beis de detrás de su cama. Ella, que siempre había lucido un estiloso corte a lo duendecillo, incluso antes de que la quimioterapia la dejara temporalmente calva, tenía ahora el cabello húmedo apelmazado y pegado a la frente.

El declive de Ellen se había producido apenas cuatro semanas antes, seis años después de que entrara en mi consulta por primera vez con un cáncer de mama metastásico e incurable que se le había extendido a los huesos, el hígado y los pulmones. Durante la mayor parte de esos años, presumí de haber diseñado un tratamiento que no solo le permitiría sobrevivir, sino vivir de verdad: trabajar para una organización sin ánimo de lucro, criar a sus cuatro hijas adolescentes y prodigarse en viajes con su marido y su familia. Cada

foto de una sonriente Ellen en alguna de sus aventuras —junto a sus hijas en la cima de una montaña o riendo con su esposo al pie de una cascada— era una victoria también para mí. Su tratamiento funcionó a las mil maravillas durante mucho tiempo.

Sin embargo, las aventuras de Ellen tocaban ahora a su fin. Hasta su habitación parecía un espacio liminar, un lugar donde mi paciente sobrevivía de respiración fatigosa en respiración fatigosa mientras la inevitabilidad de su muerte pendía como una losa sobre los silencios intermedios. Le tomé la mano mientras me hacía preguntas para las que no había respuestas fáciles: ¿Qué sentiría en el momento en que la abandonara la vida? ¿Miedo? ¿Dolor? Cuando dejamos de hablar, me apretó la mano, y yo me quedé con ella un instante más, ofreciéndole mi apoyo y dedicándole mi atención plena a lo que no se dice.

Finalmente, me incliné para darle un abrazo de despedida, el último. Apreté mi mejilla contra la suya. Sentí su piel húmeda y el tintinar de sus frágiles huesos. Pensé en lo valiente que había sido, tan maravillosa y llena de vida, y deseé haber sido capaz de concederle más tiempo.

Entonces lo dijo. No fueron sus últimas palabras, pero sí las que nunca olvidaré:

«Siento mucho pegarte el sudor».

* * *

Ellen no era la primera paciente que me decía eso. Como oncóloga especializada en el tratamiento del cáncer de mama, he estado al lado de miles de mujeres en el momento en que reciben el diagnóstico de esa enfermedad que amenaza con acabar con sus vidas. Y, en el momento inmediatamente posterior a comunicarle la noticia a la paciente, todas, independientemente de quiénes sean, responden siguiendo un guion que varía muy poco.

«¿Me voy a morir?»

«¿Por qué me ha pasado esto a mí?»

«Perdóname por sudar así.»

Sudar es, claro está, una respuesta física normal ante el estrés, y no hay nada que cause más estrés que una visita al oncólogo. Ninguna otra enfermedad aviva nuestros miedos de la manera que lo hace el cáncer, y las mujeres que veo cada día en mi consulta tienen miedo, todas sin excepción. A sufrir, a morir, a entrar en un período de remisión que se prolongue durante años y que el cáncer reaparezca. Sin embargo, la emoción que veo repetirse con más frecuencia en la sala de exploración, de un modo aún más intenso e insidioso que el miedo, es la vergüenza. La lista de cosas por las que las pacientes me han pedido perdón a lo largo de los años es tan interminable como escandalosa: estas mujeres no solo se disculpan por sudar, sino por estar enfermas, por tener que recurrir a un tratamiento. Se culpan a sí mismas por no haber acudido a una mamografía, por no haberse percatado de los síntomas, por no haberse diagnosticado el cáncer correctamente en medio de la vorágine de su empleo a jornada completa, la crianza, los cuidados a sus progenitores ancianos o las tareas domésticas. Incluso se avergüenzan de los efectos secundarios de los tratamientos y de las cirugías que les permiten sobrevivir. Una de mis pacientes más notables, una mujer dura y sensata de setenta y cinco años que había criado a trece criaturas y trabajado toda su vida en una granja de ganado, se presentó a su revisión poscirugía con algo que no había visto hasta la fecha: un pezón adhesivo color carne pegado sobre la cicatriz de su mastectomía. Cuando le pregunté al respecto, dijo que lo había pedido por internet… por mí.

«Es tan desagradable —añadió, en referencia a la cicatriz— que no quería que te sintieras incómoda.»

En todos mis años de formación y práctica en medicina interna y oncología, no recuerdo a un solo paciente varón que haya expresado jamás esa clase de vergüenza. Puesto que mi objetivo como doctora es acompañar a las mujeres en su camino de recuperación de un buen estado de salud, esta diferencia me resulta desconcertante.

Como estudiante de Historia de la Medicina, sé que esta notable disparidad dista mucho de ser un misterio.

Las mujeres que se disculpan por su enfermedad forman parte de un legado médico, transmitido a lo largo de cientos de años y visible todavía. De ese legado ha emergido una historia en torno al aspecto que debe tener el cuerpo de una mujer y a cómo se debe sentir cuando trabaja, cuando juega, al aprenderse y pensarse, en el sexo, en la maternidad, en la salud y en la enfermedad. Y, efectivamente, incluso en su lecho de muerte. Los autores de este relato nos dejaron hace tiempo, aunque todavía se pueden contemplar sus nombres y retratos en los museos, las placas conmemorativas y los libros de texto que guían a los estudiantes de Medicina de hoy en su andadura hasta el ejercicio de la profesión. Y, si bien es cierto que los autores de dicho relato eran hombres, no es ahí donde radica el problema.

El problema es que el relato no es verdad.

* * *

Los médicos cuya labor conformó el mundo de la medicina y la experiencia de las mujeres en relación con ella eran como cualquiera de nosotros: producto de su tiempo y sus experiencias; sujetos a la influencia no solo de las costumbres del momento, sino de sus propias experiencias emocionales y sociales con las mujeres, así como de las expectativas de la sociedad respecto a la relación que un médico debía tener con sus pacientes mujeres. En cuanto a lo primero, una se encuentra con la consabida letanía de preocupaciones patriarcales acerca de las mujeres: su sexualidad, su trabajo, su capacidad reproductiva, la peligrosa posibilidad de que lleguen a convertirse en artífices, una vez liberadas por completo, de sus propios destinos. En cambio, en lo concerniente al segundo aspecto, y dejando a un lado los sentimientos que el médico pudiera albergar respecto a las mencionadas amenazas, se da además la circunstancia de que cualquier doctor que animara a una hija o una

esposa a desobedecer las prohibiciones de la sociedad civilizada se arriesgaba a vérselas con la ira del enojado padre o esposo de la paciente (quien, ni que decir tiene, se negaría a pagar la factura). A fin de cuentas, todo el mundo tiene un amo, y la culpa no es tanto de los hombres en particular, sino del sistema en el que vivieron y ejercieron su profesión. La narrativa médica occidental ha evitado en gran medida hablar de los cuerpos de las mujeres, y más aún elevarlos hasta reconocer su poder, su capacidad o su valor, equiparable al de los cuerpos masculinos. En la historia de la medicina que define las funciones corporales «normales» de las mujeres —así como su dolor, placer, fuerza y capacidad intelectual—, las voces de las propias mujeres brillan por su ausencia.

Esto era cierto hace doscientos años y lo sigue siendo hoy. Puede que hayamos dejado atrás las políticas, la economía y las emociones que han moldeado las vidas de las mujeres a lo largo de la historia —en particular, durante el período del siglo XIX de los descubrimientos en medicina, que todavía definen la práctica médica dos siglos después—, pero esas políticas, economías y emociones no nos han dejado a nosotros. Ese pasado se presenta en todas las consultas médicas y las instituciones dedicadas a la investigación; en todas las salas de exploración, los laboratorios anatómicos donde se diseccionan cadáveres, los pasillos de los hospitales y los quirófanos. Aflige nuestros pasos mientras navegamos por el laberinto médico de la salud de las mujeres construido por hombres cuyas ideas sobre estas, aunque bienintencionadas a veces, eran, en el mejor de los casos, limitadas, y, en el peor, paranoicas, misóginas y abusivas. Este pasado estaba a mi lado aquel día en la habitación de Ellen, tan tenebroso y omnipresente como la propia muerte, acechándola mientras ella agonizaba, sudaba y pedía perdón.

Cuando una mujer que necesita tratamiento acude a mí, una de las preguntas más importantes de cuantas le hago es qué cosas le producen alegría. Muchas se sorprenden ya que, en el consciente colectivo relativo a la medicina, los médicos tienen la función de tratar enfermedades y prevenir muertes, no la de interesarse por el

tipo de vida que deseas. Sin embargo, captar la humanidad de mis pacientes en toda su magnitud es inherente a la práctica médica. Si receto una quimioterapia que puede dañar los nervios de una mujer a quien le apasiona tocar el piano, si doy por hecho que a una mujer de edad avanzada no le va a importar recibir una medicación contra el cáncer que provoque efectos secundarios en sus funciones sexuales o si pongo todo el peso en la supervivencia de mi paciente a costa de la posibilidad de llevar una vida feliz más adelante, he fracasado.

Este libro es una extensión de ese mismo deber sagrado: el de levantar el velo tras el que se oculta la información. El de iluminar las sombras de aquel legado acechante e insidioso. El de dotar a las mujeres de las herramientas que necesitan no solo para sobrevivir, sino para prosperar.

Cuando una mujer piensa por sí misma, tiene pensamientos malvados.

Malleus Maleficarum, 1487[1, *]

A finales del siglo XV, unos clérigos católicos redactaron un escalofriante documento titulado *Malleus Maleficarum*, o *El martillo de las brujas*. En los siglos posteriores, se utilizó dicho documento para perseguir y asesinar de manera sistemática a decenas de miles de mujeres acusadas de practicar la brujería.[2] Estos asesinatos constituyeron una atrocidad moral; fueron además el inicio de un duradero movimiento para apartar a las mujeres de la medicina haciendo que practicarla fuera un peligro, incluso mortal. En aquella época, el creciente poder de la Iglesia transformaba todos los aspectos de la vida, incluida la atención sanitaria, pues abría la puerta a una tendencia en la sanación basada en la fe, en virtud de la cual la verdadera cura de cualquier enfermedad estaba en la confesión y la oración.[3] Varias generaciones de sanadores, sobre todo mujeres formadas en métodos prácticos como la botánica, la

partería y la fitoterapia, fueron torturados y asesinados. *El martillo de las brujas* era particularmente explícito en cuanto a la amenaza que representaban las mujeres sanadoras que se ocupaban de la reproducción, el embarazo y el parto: «Las brujas que son parteras matan de diferentes maneras al niño concebido en el vientre y propician el aborto, o, en caso contrario, ofrecen el recién nacido al diablo».[4] (Quizá no sorprenda que el temor de los clérigos a que las comadronas practicaran abortos a base de hierbas solo fuera superado por otra preocupación más acuciante: que las brujas tuvieran el poder de «privar a un hombre de su miembro viril».)[5]

Pese a que a lo largo de los siglos posteriores los avances en medicina y ciencia no dejaron de sucederse —y tanto la sanación basada en la fe como la quema de mujeres en la hoguera pasaron de moda—, el campo de la medicina siguió ensombrecido por la misoginia y la superstición que habían alimentado las cazas de brujas del siglo XVII. La revolución científica apuntaló una serie de avances en el conocimiento médico —la teoría microbiana; la ciencia de laboratorio; los campos florecientes de la estadística y la epidemiología, y el aumento de las sociedades y las escuelas médicas profesionales, incluida la fundación de la American Medical Association (Asociación Médica Estadounidense) en 1847—,[6] si bien al mismo tiempo las mujeres quedaban cada vez más al margen no solo de la práctica de la medicina, sino también de su estudio. Las facultades de Medicina estadounidenses, tomando como modelo a sus homólogas europeas, abrieron el camino hacia un estatus social nuevo y preponderante para los médicos. Además, en la mayoría de estos centros estaba explícitamente prohibido aceptar solicitudes de estudiantes femeninas.[7] Llegado el siglo XX, se había excluido a las mujeres de manera sistemática incluso de los campos en los que tradicionalmente habían sido las custodias del saber. No fueron solo la teoría microbiana, la medicina de laboratorio o la ciencia: el campo de la obstetricia, subsumido en la nueva especialidad de la ginecología, había pasado a ser competencia exclusiva de los hombres.

Desde entonces los médicos varones fueron los dueños y expertos exclusivos y omnipotentes de los cuerpos femeninos, en tanto que la sanación y el conocimiento de las mujeres eran menospreciados y tachados de «cuentos de viejas». En los años siguientes, la medicina profesional se estratificó en función del género: doctores por un lado y enfermeras por otro; un mundo donde las superestrellas masculinas hacían milagros mientras las actrices secundarias limpiaban el estropicio. El papel de la mujer estaba igual de proscrito en la medicina que en la sociedad, reforzado por el estereotipo de la mujer cuidadora: los médicos curaban y las enfermeras cuidaban.

Las facultades de Medicina actuales no excluyen a las mujeres —de hecho, el número de alumnas matriculadas supera al de alumnos varones—, pero sí perdura el encumbramiento de un *ethos* masculino en la medicina pese a haber más paridad de género entre las personas que la ejercen. El academicismo médico sigue aplaudiendo la autoría de artículos como el mayor de los logros, mientras que limitarse a cuidar a los pacientes no aporta gloria ni *glamour*. La investigación médica sigue infrarrepresentando e ignorando a las mujeres a pesar de que un gran número de tratamientos interactúan de manera diferente según se suministren a un cuerpo femenino o a uno masculino. Y, cuando surge una controversia en el ámbito de la medicina, se sigue cayendo en los análisis en función del género, de manera que, sin excepción, se encumbra el enfoque racional, tradicional, asociado a lo masculino en detrimento de la irracionalidad sentimental asociada a lo femenino: «Oriente frente a Occidente», «natural frente a ciencia», «alternativo frente a convencional».

En las páginas que siguen, nos familiarizaremos con el cuerpo femenino del mismo modo que se familiarizan con él los estudiantes de Medicina durante su período de formación desde los albores de la especialización médica, a finales del siglo XIX. Los manuales de fisiología dividen el cuerpo en once sistemas orgánicos diferenciados: tegumentario, esquelético, muscular, circulatorio,

respiratorio, digestivo, urinario, inmunitario, nervioso, endocrino y reproductor. En la Facultad de Medicina aprendí que estos sistemas en conjunto abarcan el cuerpo humano en su totalidad, pero la experiencia me ha enseñado que, en lo concerniente a la mujer, la literatura pasa por alto tanto como revela. Un ejemplo: en la formación sobre el sistema reproductor femenino no se mencionan la sexualidad ni la salud sexual de las mujeres tal y como existe en la realidad, es decir, más allá del alumbramiento de bebés, como se pondrá de manifiesto en nuestro capítulo dedicado a la reproducción y la sexualidad.

Juntos, arrojaremos luz sobre el cuerpo femenino medicalizado e iluminaremos los mitos y los puntos ciegos que, sin saberlo, hemos heredado generación tras generación. Retrocederemos en el tiempo para conocer a los legendarios —y, en ocasiones, infames— doctores que moldearon el campo de la medicina, así como a los pacientes a quienes atendieron —o no, según el caso—. Exploraremos los sanatorios de la Europa dieciochesca, los laboratorios anatómicos de la Nueva York victoriana y los hospitales improvisados del Sur anterior a la guerra de Secesión estadounidense. Presenciaremos el florecimiento de la medicina de la mujer en todo su esplendor y, a veces, brutalidad, y redescubriremos los momentos en que los rápidos avances en medicina dejaron preguntas cruciales sin formular y conocimientos vitales sin descubrir. Y mientras deambulamos juntos por el pasado, recurriré a mi propia experiencia tratando a miles de mujeres, así como al testimonio de expertos médicos y científicos punteros en sus respectivos campos, con el fin de atar los cabos que ligan nuestro pasado con el presente de la medicina de la mujer. En la actualidad, no solo cargamos con el peso del legado de la ignorancia, la indiferencia, la opresión y la subyugación en lo que respecta a los problemas médicos de las mujeres, sino también con el de todo un sistema erigido a su alrededor: las historias clínicas electrónicas, los cuellos de botella de los seguros médicos y la especialización han fragmentado nuestra comprensión y tratamiento del cuerpo, y las mujeres son las más

afectadas. En muchos campos, las patologías específicas de la mujer continúan recibiendo fondos insuficientes, investigándose menos de lo necesario y diagnosticándose mal.

* * *

El sesgo en medicina también afecta a las doctoras y las pacientes. Como les sucede a muchas otras mujeres, mi camino de entrada en la profesión estuvo plagado de obstáculos reservados a las personas de mi mismo sexo. Me han desautorizado, subestimado y obligado a demostrar un nivel que no se exige a mis colegas varones. Pese a que las facultades de Medicina presumen de tener más mujeres que hombres en sus aulas, son pocas las mujeres que ocupan puestos de liderazgo y las que lo consiguen reciben millones de dólares menos que los hombres a lo largo de sus carreras. Las mujeres doctoras son más proclives a aceptar de manera voluntaria la función de «pacificadoras» dentro de las instituciones académicas y se ven asimismo empujadas hacia los cuidados en lugar de al liderazgo. Y, pese a todo, está demostrado que las mujeres son también las que más tiempo pasan con los pacientes, las que adoptan un papel más empático y conectan mejor con ellos, lo cual deviene en mejores resultados. Un estudio reciente reveló que las mujeres operadas a manos de un hombre obtienen resultados ostensiblemente peores —llegando a morir en algunos casos— que cuando es una mujer quien las opera.[8] (En el caso de los hombres, los resultados fueron los mismos tanto si los operaba un hombre como una mujer.) Lo que esta investigación revela no es la superioridad inherente de las mujeres doctoras, sino que el sesgo de género en las normas culturales podría predisponer a las mujeres a ser más eficaces que sus homólogos varones a la hora de satisfacer las necesidades de sus pacientes. ¿Por qué es más probable que un médico varón interrumpa antes a sus pacientes cuando hablan? ¿Se debe a que se espera de las mujeres que escuchen mejor, interrumpan menos y muestren emociones y empatía? ¿Qué sucedería si, desde el

principio, incorporásemos esas mismas expectativas en la formación médica y para todos los doctores? ¿Cómo sería la medicina si toda la energía femenina expulsada y marginada durante dos milenios pudiera introducirse de nuevo en ella?

No se trata de imaginar una lucha de poder entre sanadores y científicos ni de sugerir que la medicina moderna necesite incorporar sesiones de cánticos a la luz de la luna y fitoterapia para lograr la verdadera igualdad de los sexos. Más bien se trata de pedir un mundo de la medicina más humano, holístico y capaz de considerar al paciente en su totalidad como persona y no como una serie de partes inconexas.

* * *

Hace miles de años, un guerrero vikingo recibió sepultura engalanado con una espada, un hacha, una lanza, flechas para perforar armaduras, un cuchillo de combate, dos escudos y dos caballos, todo lo cual apuntaba a que se trataba de un jefe guerrero profesional de alto rango.[9] Cuando se descubrió su tumba en el siglo XIX, todos los expertos estuvieron de acuerdo en que, sin duda alguna, el hallazgo era el lugar de sepultura de un valorado guerrero varón. No fue hasta la década de 1970 cuando unos científicos examinaron los restos con más detenimiento y se preguntaron si aquellos huesos, pequeños y finos, no podrían ser los de una mujer.

La comunidad científica rechazó tal posibilidad: la idea de una mujer guerrera era demasiado ridícula. Sin embargo, cincuenta años después, un análisis de ADN del esqueleto vikingo, llevado a cabo por la osteóloga Anna Kjellström, de la Universidad de Estocolmo, demostró de manera concluyente que aquella idea se ajustaba a la realidad.[10] Llegar a aquella conclusión había costado tanto tiempo y esfuerzo porque los huesos contaban una historia diferente a la de las instituciones médicas y los expertos del siglo XIX. Que se trataba del esqueleto de una mujer era evidente, pero los hombres solo vieron lo que querían ver; lo que les habían enseñado a ver.

La historia también nos observa. Cuando los estudiantes examinen con detenimiento los restos del sistema médico actual en los siglos venideros, ¿qué entenderán sobre cómo atendemos a las mujeres? ¿Nos hallarán enroscados alrededor de nuestro expolio y nos reconocerán por nuestra fuerza, como valiosos guerreros en la lucha contra el sufrimiento y la enfermedad? ¿O nos enterrarán en las ruinas de un sistema resquebrajado del que no pudimos salir porque nunca reunimos las fuerzas suficientes para cavar? No voy a vivir para conocer las respuestas, pero me siento en la obligación de intentar contestarlas.

En 1919, en Ucrania, mi bisabuela Pearl vio, mientras agarraba con fuerza a sus criaturas, cómo los cosacos asesinaban a su esposo ante sus ojos. Sin embargo, cuando los soldados volvieron a por su hijo, ella se interpuso y peleó con uñas y dientes. Su hijo sobrevivió. Ella no tuvo esa suerte.

Las heridas que sufrió a manos de los soldados resultaron ser mortales; aunque, durante los pocos meses que logró sobrevivir tras el ataque, fueron algo peor: vergonzantes. Al rememorar la historia décadas más tarde, mi abuela —su hija— solo decía de aquellas heridas, de las que rehusaba hablar, que la muerte había sido una bendición en comparación.

Pienso en mi bisabuela a menudo, igual que pienso en las pacientes que he conocido, y perdido. Pienso en Ellen, disculpándose en su lecho de muerte. Pienso en que ella no fue la primera en hacerlo, ni será la última.

Sin embargo, nuestros momentos finales en la Tierra no deberían estar empañados por el miedo, el estigma y la vergüenza, como tampoco deberían estarlo los momentos de vida que los anteceden. Debemos dejar de disculparnos por nuestras necesidades médicas y empezar a hacer la clase de preguntas que conducen a un conocimiento, una salud y una vida mejores. Debemos preguntar cómo cultivar una relación con nuestros cuerpos que no sea solamente cómoda, sino también gozosa; cómo saber cuándo algo no va bien y defender nuestras necesidades, no disculparnos por

ellas; cómo navegar en un sistema sanitario que nunca será perfecto pero podría ser mejor; cómo estar tan bien informadas y ser tan asertivas y seguras de nosotras mismas en lo concerniente a la atención que merecemos en la consulta del médico como lo somos en los demás ámbitos de la vida.

He tenido ante mí a muchísimas mujeres que han formulado estas preguntas por primera vez cuando les quedaban meses de vida. Quiero que las hagamos ahora, sin concesiones, y que las sigamos preguntando hasta que obtengamos respuestas. Este libro es un homenaje a las vidas de las mujeres: las que vivieron, las que perdieron y las que se merecen.

¡Manos a la obra!

1

PIEL

SISTEMA TEGUMENTARIO

Lo que cuenta es el interior

Corre el año 1962.[1] Timmie Jean Lindsey tiene veintinueve años, ojos azules claros y el pelo negro peinado al estilo *bouffant* corto. Sophia Loren llevaba el mismo corte en la fotografía que le hizo Loomis Dean a finales de los cincuenta: muy cortito en la nuca y rizado y voluminoso en la coronilla. En la Loren, ese peinado quedaba glamuroso, desaliñado y sexi. En Timmie, es práctico: le esconde las orejas, que siempre ha tenido de soplillo, y no le molesta cuando está trabajando, que es todo el rato. La historia de su vida es breve, pero está plagada de callejones sin salida y oportunidades perdidas: un matrimonio impulsivo a los quince, un divorcio a los veintiséis. Ahora trabaja en una fábrica, en una cadena de montaje. La mayoría de sus compañeras son mujeres —el trabajo (ensamblar placas de circuitos hechos de partes diminutas e intricadas) es más fácil si tienes las manos pequeñas— y se parecen a ella: a duras penas consiguen llegar a fin de mes. Seis hijos, un empleo en la fábrica y un salario que no se puede estirar para cubrir todo lo que necesitan.

Es la pobreza la que lleva a Timmie al Jefferson Davis Hospital de Houston; la pobreza y la vergüenza. Ha salido con hombres desde su divorcio, o lo ha intentado, pero lo único que ha sacado de todo ello es una serie de corazones rotos y dos tatuajes cutres: una rosa roja en cada pecho. Su último novio, Fred, la animó a

hacérselos cuando estaban de vacaciones y Timmie se dejó llevar por el impulso y accedió.[2] Ahora Fred está en paradero desconocido, pero los tatuajes siguen ahí, recordándole cada día su relación fracasada, sus errores del pasado. Aunque se puede quitar los tatuajes con microdermoabrasión, no la puede pagar, y esa es la razón por la que está sentada en la sala de exploración del hospital municipal, para el que cumple los requisitos que le permiten ser atendida pese a no tener seguro.

Timmie quiere deshacerse de las rosas rojas. Quiere que la piel de sus pechos quede libre de marcas, impecable. Quiere quitarse a restregones cualquier evidencia de su vida —el tatuaje, las vacaciones, el propio Fred— y empezar de cero, como si nada de aquello hubiese ocurrido.

No quiere un implante de senos.

Se lo van a hacer de todos modos.

* * *

El sistema tegumentario es el más grande de cuantos hay en el cuerpo: es su superficie. La piel, los dientes, las uñas… forman una barrera entre los vulnerables órganos y el inclemente y peligroso mundo. Es un sistema cuyo único propósito es proteger el interior del exterior. Como resultado, la medicina que trata este sistema posee un componente superficial único, que no se ciñe solamente al tratamiento de erupciones, lesiones y otros males, sino que incluye también el elemento cosmético, lo estético. Los doctores cuya principal preocupación es la belleza son libres, si así lo desean, de centrarse más en el estilo que en la sustancia; de quitar, remeter y desmontar cuerpos perfectamente sanos con la esperanza de mejorar lo que ha creado la mismísima naturaleza.

A diferencia de otros capítulos de este libro, esta historia no va de cómo el desinterés ha provocado que los problemas de salud de la mujer pasen inadvertidos, sean ignorados o se diagnostiquen mal. De hecho, es la preocupación del médico por los cuerpos de las

mujeres, por su belleza, la que ha impulsado muchos de los avances que se han producido en este campo, a veces sin darle mucha importancia a la opinión de las propias mujeres sobre el asunto. Cuando esta área de especialización estaba aún en pañales, los doctores varones se encontraron con que tenían el poder suficiente para hacer a la vez de facilitadores y de responsables de forzar el canon de belleza femenina, puesto que ellos le ponían el sello de la legitimidad médica a la presión social de tener que ser guapas. En la actualidad, la práctica de la medicina estética se mueve en la fina línea entre empoderar a las mujeres para que se hagan con el control de sus cuerpos y atraparlas en una jaula dorada de estrictos estándares de belleza.

Pese a las actuales connotaciones pijas de que se trata de una actividad de ocio para mujeres de clase alta, la cirugía plástica tiene su origen en el campo de batalla y entre hombres.[3] Los primeros pacientes eran soldados y los primeros y más espectaculares avances empezaron siendo una búsqueda para dar respuesta a las heridas faciales sufridas en la guerra de trincheras. El armamento de la época —granadas, mortero y ametralladoras— no tenía precedentes en cuanto a su impacto en el cuerpo humano, ya que, además de tener la capacidad de infligir daños significativos, aumentaba las posibilidades de volarle la cara a una persona. Muchos de los supervivientes quedaban brutalmente desfigurados: les faltaba algún ojo, tenían la mandíbula hecha añicos o la piel y los huesos completamente sajados o mostraban un hueco ennegrecido donde antes había una nariz o una mejilla. La legitimación de la cirugía plástica como campo de la medicina coincide casi exactamente con la reincorporación de los veteranos heridos de la Primera Guerra Mundial a la sociedad. La American Association of Plastic Surgeons (Asociación Estadounidense de Cirujanos Plásticos) fue fundada en 1921;[4] la American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons (Sociedad Estadounidense de Cirujanos Plásticos y Reconstructivos), en 1931; y el American Board of Plastic Surgery (Junta Estadounidense de Cirugía Plástica), en 1937. Esta

última institución supuso un gran avance: un año después, en 1938, se la reconoció oficialmente como subsidiaria del American Board of Surgery (la Junta Estadounidense de Cirugía).[5]

Al mismo tiempo, la aparición de la anestesiología moderna cambiaba la naturaleza misma de la cirugía junto con el tipo de pacientes que recurrían a ella.[6] Antes de la existencia de la anestesia general, no había más remedio que soportar consciente las operaciones —o, en el mejor de los casos, sumido en un sopor inducido por el alcohol o el opio que se usaban a modo de analgésico— y se amarraba o sujetaba a los pacientes para impedir que se apartaran cuando empezaban las incisiones. La noción de cirugía electiva era inconcebible; dados el dolor y el horror que entrañaba, pocas personas se sometían al bisturí a menos que fuera estrictamente necesario, y los doctores se ceñían a las operaciones que tenían como objetivo restablecer las funciones normales —masticar, tragar o respirar— y no la apariencia física. Con la anestesia, en cambio, los doctores podían operar a los pacientes, que, sumisos e inconscientes, no se estremecían ni se retorcían ni gritaban; y la promesa de pasar durmiendo por los peores momentos de una operación atrajo a un nuevo tipo de personas a la consulta de los cirujanos plásticos. Surgió así la posibilidad de la cirugía entendida como la mejora de uno mismo.

A medida que evolucionaba la especialidad, los cirujanos empezaron a dividirse en dos campos: los que llevaban a cabo cirugías reconstructivas en rostros y cuerpos dañados[7] y los que realizaban procedimientos cosméticos en personas perfectamente sanas.[8] Es aquí donde la línea entre autoridad médica y moral se empieza a desdibujar. Los doctores, desde siempre valorados por su pericia en asuntos relacionados con la salud y la sanación, ahora se convertían también en árbitros de lo estético. La belleza, como siempre, estaba en la mirada del observador, pero ahora el observador tenía un bisturí en las manos.

Si los soldados cuyo rostro ha sido arrancado por las bombas en el campo de batalla podían volver a hacer una vida prácticamente normal con una cara nueva creada con la magia de esa nueva ciencia que es la cirugía plástica, ¿por qué no iban a poder las mujeres cuyo rostro ha sido asolado por algo tan explosivo como el paso del tiempo recobrar los contornos firmes y definidos de la juventud?

MAX THOREK,
doctor en Medicina, cirujano plástico, 1943[9]

Los pacientes de la cirugía reconstructiva y los de la cirugía estética se dividen visiblemente según el género. La mayoría de las intervenciones reparadoras se circunscribían al ámbito de los hombres con desfiguración facial y se trataban como una necesidad médica, aunque la razón para llevarlas a cabo fuera, de hecho, social en su naturaleza: tener una apariencia monstruosa dificultaba la empleabilidad del hombre en cuestión, pese a que fuera funcionalmente capaz de vivir y trabajar con normalidad. Sin embargo, las cirugías con finalidad cosmética, en las que se trataba principalmente a mujeres, carecían de legitimidad entre buena parte del *establishment* médico. Los cirujanos reconstructivos eran doctores que practicaban la medicina, en tanto que los estéticos eran matasanos que les vendían procedimientos chapuceros e innecesarios a señoras feas e ingenuas.

No obstante, una mujer poco atractiva que mejoraba su apariencia sí que obtenía unos beneficios sociales y económicos no muy diferentes de los que percibía un hombre a quien le hubieran reconstruido el rostro fracturado. Para un hombre, parecer normal —si bien no manifiestamente guapo— era clave para seguir siendo un miembro visible, empleable y productivo de la sociedad. En cambio, para la mujer, cuyo acceso a la sociedad iba aún más ligado no solo a parecer normal, sino a ser sexualmente deseable, la cirugía estética prometía marcar la diferencia entre una vida solitaria e infeliz en los márgenes o una vida realizada y productiva como

esposa y madre. Los hombres podían operarse y conseguir un empleo; las mujeres podían hacer lo mismo y conseguir un hombre.

La cuestión era cómo patologizar las tribulaciones de una mujer poco atractiva, cómo hacer que una intervención quirúrgica para mejorar su apariencia pareciera un asunto de necesidad médica, con la misma urgencia y legitimidad que se le concedían a la restauración del aspecto de un soldado con la nariz cercenada por la metralla.

* * *

Es la primavera de 1932 y una multitud sin entrada de asiento irrumpe por la fuerza en el salón principal del neoyorquino Hotel Pennsylvania.[10] La sala es enorme y está ornamentada; la ilumina un gigantesco candelabro de cristal que cuelga del techo pintado con un decorativo motivo *art nouveau* de círculos entrelazados. La platea está flanqueada por gruesas columnas que soportan una galería en el segundo piso. Entre columna y columna se extiende un balcón de mármol que llega a la altura de las caderas y está decorado con un intricado bajorrelieve y un pasamanos de hierro en la parte superior. Todos los asientos del salón están ocupados, de manera que es en la galería donde se apiñan el resto de los espectadores, apretados contra el pasamanos en una concurrencia de cálidos alientos y cuerpos que reclaman alborotadamente ver el espectáculo que tiene lugar abajo.[11] Sobre la tarima situada en el centro de la sala, parpadeante a causa del resplandor que emiten dos enormes lámparas de arco de carbono, está de pie J. Howard Crum, con gafas y una bata médica cuyas mangas lleva enrolladas por encima del codo, aunque todas las miradas se posan en su paciente, reclinada en una camilla junto a él.[12] Conocemos el nombre del doctor pero no el de ella, que, además de anónima, es amorfa: una sábana blanca le cubre el cuerpo; un turbante blanco, la cabeza. Oculta la mitad superior de su rostro una máscara de papel con unos pequeños recortes en forma de diamante que no acaban de coincidir

con la ubicación de los ojos y solo dejan ver con claridad uno de ellos, que es de color marrón oscuro y mira fijamente a la muchedumbre que la observa embelesada.[13]

Crum ya ha hecho antes esta misma operación delante de un público, en este mismo salón, con más de mil personas observando atónitas. En aquella primera ocasión su paciente fue una actriz de sesenta años llamada Martha Petelle, un exbellezón que recuperó su atractivo en dos días gracias a un procedimiento de estiramiento del cutis que Crum denomina «el Hollywood».[14] Esta otra operación, en cambio, va más allá, es especial. La mujer enmascarada echada en la mesa de operaciones no es una actriz, sino una asesina recién salida de la cárcel donde acaba de cumplir una condena de veinte años por acabar con su marido.[15]

* * *

Años más tarde, Crum escribiría sobre esta paciente rememorando el día en que entró en su consulta: «¿Acaso se podía confundir el tipo de persona que era, que con tanta claridad y definición se leía en su rostro? En su cara, las señales de sus actividades mentales están esculpidas con la misma precisión con la que un escultor las habría cincelado en la piedra».[16] En su opinión, la conexión entre fealdad y criminalidad es evidente, incluso orgánica: cuando una mujer tenía una apariencia de mala persona tan manifiesta, ¿cómo podía evitar acabar siéndolo? Y, si una cara fea engendra una personalidad fea, está claro que la redención podía venir de la mano de la belleza, y, de paso, también la legitimidad del propio Crum como practicante de la medicina. Él cree que, algún día, los guardianes de las puertas de la sociedad médica las abrirán por fin para doctores como él. Entonces verán lo equivocados que han estado al rehuirlo, descartarlo, llamarlo «matasanos» y «sinvergüenza». Algún día, de esto Crum no tiene la menor duda, el mundo entero se dará cuenta de lo que con tan acertada intuición comprende ahora la audiencia

boquiabierta ante él: que algunas de las patologías más viles no penetran más allá de la piel.[17]

La paciente de Crum aguarda, sentada, su transformación. Su expresión, lo poco que se adivina de ella tras la máscara, es plácida. Tiene el rostro adormecido por la novocaína. Está lista: para que la rehagan, la completen, para que borren cualquier rastro de la persona que le quitó la vida a un hombre y se ha pasado los últimos veinte años en una jaula. Para parecer una mujer que se merece una vida mejor y, quizá, llegue a tenerla.

Cuando el bisturí desciende, cuando hace la primera incisión, ella no emite ningún sonido.

Si bien la cirugía plástica no puede, por supuesto, erradicar las señales internas y las cicatrices del corazón, no cabe duda de que la eliminación de las señales externas hace mucho por sanar y restaurar un corazón roto.

J. HOWARD CRUM,
doctor en Medicina, 1933[18]

J. Howard Crum se convirtió en uno de los cirujanos plásticos más renombrados y solicitados de su tiempo; cabría decir que fue también el primer cirujano plástico famoso, décadas antes de que la idea llegara a aceptarse con normalidad. Fue el primero en establecer la cirugía plástica como una especie de deporte con espectadores, y sus demostraciones públicas parecen claras precursoras de los actuales perfiles en las redes sociales o de los programas sobre cambios radicales en los que cirujanos plásticos publicitan sus servicios transformadores.

Cuando *The New Yorker* escribió sobre el procedimiento de estiramiento facial de Crum en julio de 1932, lo hizo en tono jocoso, con admiración y tan solo una pizca de sarcasmo: «No trabaja con mujeres gordas y trata a muy pocos hombres»,[19] señalaba el articulista, que añadía más adelante que «muchas mujeres que se

han estirado el rostro jamás lo admiten, ni siquiera a sus mejores amigas. A los fisgones de sus maridos les dicen que se han cortado en un taxi».[20]

Tal vez por estar tan adelantado a su tiempo, la imagen pública, la práctica y la filosofía de Crum demostraron ser un poco demasiado salvajes para los tipos corrientes de la American Medical Association;[21] no logró que lo admitieran ni que le dispensaran el mismo respeto que a otros doctores de disciplinas médicas consideradas más serias. Sin duda, le hubiera fascinado ver cómo sus dotes teatrales se han hecho por fin un hueco entre el público contemporáneo: es imposible no ver el paralelismo entre la convicción de Crum en su capacidad para rehabilitar a una asesina embelleciéndola y la premisa de programas como *Cambio radical*, o ese sádico *reality* de los horrores llamado *The Swan* (*El cisne*).[22] En este último, mujeres «feas» pasaban tres meses en una casa sin espejos, donde no solo las sometían a diversas operaciones de cirugía plástica, sino que recibían sesiones con un tutor particular, un dentista y un terapeuta hasta que llegaba el momento de salir de nuevo al mundo transformadas. Ese momento de revelación iba invariablemente precedido de un efusivo discurso del terapeuta de la casa sobre las ganas de vivir renovadas de la concursante, de cómo su rostro y su cuerpo, esculpidos a golpe de bisturí, le habían permitido empezar a sanar por dentro.

No obstante, Crum había dado con algo en lo que respecta a la naturaleza patológica de la fealdad y su impacto en la vida de las mujeres, un tema que comentó usando ese lenguaje propio de los años treinta que suena escalofriante y, tal vez, tristemente contemporáneo: pese a la «actual emancipación de la mujer en todo el mundo [...] una cara bonita sigue considerándose uno de los bienes más valiosos con que cuenta una mujer».[23]

La idea de que existe un vínculo médico entre salud, bienestar y belleza —un corazón roto por dentro va acompañado de una cara estropeada a juego— no tardó en volverse fundamental para la práctica de la cirugía estética electiva en mujeres que, por otra

parte, estaban sanas. Los cirujanos plásticos buscaban legitimidad científica para su disciplina y distanciarse de unas ideas de la estética sentimentales y subjetivas, y para ello reinventaron su trabajo asemejándolo a la psiquiatría, con la diferencia de que, en el caso de la cirugía plástica, el problema mental tenía una solución quirúrgica.

De pronto, la fealdad dejaba de ser una cuestión estética para convertirse en una patología, una enfermedad cuyos síntomas se manifestaban en forma de un trastorno psicológico conocido como «complejo de inferioridad». Los rasgos poco atractivos —o los efectos de la edad— se replanteaban cada vez más como «deformidades» que incapacitaban a la paciente para llevar una vida funcional normal. Los esfuerzos por dotar a la cirugía estética de legitimidad científica dieron como resultado algunos razonamientos verdaderamente asombrosos y a menudo racistas: en un momento dado, los criterios para diagnosticar una deformidad estuvieron plagados de estereotipos raciales sobre la indeseabilidad de los rasgos «étnicos», ya que los cirujanos plásticos afirmaban que rehacer a un paciente para hacerlo más genérico —léase blanco— evitaría que fuera objeto de persecuciones, discriminación y otros daños psicológicos.[24] Curiosamente, los médicos aseguraban también que no era necesario pertenecer a una minoría étnica para beneficiarse psicológicamente de los procedimientos; según ellos, y desde un punto de vista médico, tan malo era parecer judío o asiático como serlo de verdad. Uno de estos médicos, Maxwell Maltz, llegó incluso a sugerir que un estudiante universitario que se había quitado la vida podría haberse salvado de haber hecho algo con su nada atractiva narizota.[25]

En 1943, el cirujano plástico Max Thorek insufló algo de poesía en los beneficios salvadores de la cirugía estética para la salud mental: «La esperanza repentina, brotando de los corazones femeninos, y a veces de los masculinos; que donde la naturaleza ha escatimado en dones de pulcritud, el bisturí del cirujano remedie la carencia».[26]

Huelga decir que siempre eran las mujeres las que al parecer salían peor paradas cuando la naturaleza se ponía a repartir pulcritud. Equiparar la fealdad de una mujer con el tipo de trascendental desfiguración que obligaba a los exsoldados a operarse para llevar una vida normal únicamente funciona en un mundo donde el valor social de la mujer está inextricablemente ligado a su apariencia física, además de a su atractivo sexual. Y quizá por eso era inevitable que la mirada del cirujano plástico, y su bisturí, acabaran apuntando más abajo del cuello.

Frank era un médico muy cualificado, pero le gustaban los pechos grandes.

BERNARD PATTEN,
doctor en Medicina, neurólogo jubilado
y amigo del doctor Frank Gerow, 2007[27]

Corre el año 1962 y el doctor Frank Gerow ha colocado con éxito el primer implante de pecho de silicona en una paciente adulta llamada Esmeralda.[28] Han pasado tres semanas desde la operación y no ha habido complicaciones, salvo, claro está, que la perra no para de intentar quitarse el implante mordiendo los puntos.

Ese es el problema, que Esmeralda es una perra.[29] Si Gerow quiere que el procedimiento para aumentar el pecho avance —y, lo más importante, dejar en evidencia a sus colegas del Jefferson Davis, que trabajan en ese momento en la creación de un corazón artificial—, necesita un sujeto humano en quien probar su invento.

Quiso la fortuna que Timmie Jean Lindsey y sus pechos tatuados lo estuvieran esperando en la sala de exploración del final del pasillo.

Gerow, junto con el doctor Thomas Cronin, su amigo y colega, está trabajando en lo más puntero de un área nueva —y totalmente desregulada— dentro del campo de la cirugía plástica. El aumento de pecho es un procedimiento que aún está en pañales, y Gerow

está convencido de poder mejorar las opciones disponibles en ese momento, poco naturales a la vista y, sobre todo, al tacto. Es una visita a un banco de sangre la que le brinda su momento «eureka», cuando, al coger una bolsa llena de sangre, se da cuenta de que la sensación táctil no es muy diferente a la de agarrarle el pecho a una mujer.

Maravillado ante la idea de rellenar pechos reales con bolsas de alguna sustancia —si no podía ser sangre, algo parecido— para aumentarlos de tamaño sin que perdieran naturalidad a la vista ni al tacto, el siguiente avance llega cuando Gerow y Cronin se enteran de la existencia de la silicona, una sustancia con la densidad y el tacto adecuados para ello.[30] Antes de todo esto, ya hubo doctores que probaron a inyectar silicona directamente en el tejido mamario, para lo cual solían utilizar de cobayas a las jóvenes esposas de los estudiantes de Medicina.[31] Sin embargo, los resultados no habían sido muy halagüeños: la silicona no se asienta de manera homogénea y acumula tejido cicatricial, lo que causa dolorosas durezas y hasta desfiguraciones. Introducir la silicona en una funda es la clave. Ese es el tipo de implante que Gerow y Cronin colocan en la perra Esmeralda; y, no mucho después, en Timmie Jean Lindsey, de veintinueve años.

Gerow ya se había reunido con Timmie en una ocasión, cuando ella acudió a su consulta para deshacerse de sus tatuajes. Si bien la joven no se había planteado aumentarse el pecho, al doctor no se le escapó que era la candidata perfecta: joven, sana y dotada de una copa B que tenía el aspecto de… en fin, el aspecto que tienen los pechos de una mujer que ha parido y amamantado a seis criaturas. No obstante, cuando Gerow le pregunta a la paciente si quiere unos implantes de pecho, ella se muestra decididamente reacia. No le preocupan sus pechos, y, en cualquier caso, ha oído historias de terror sobre mujeres que han intentado agrandárselos mediante implantes de esponja o inyecciones de silicona. Incluso conoce a una, prima suya, que se sometió al procedimiento y después vio que

su nuevo busto no conservaba su forma y tendía a migrar mientras dormía.

Pero lo cierto es que daba igual que Timmie Jean Lindsey no quisiera implantes. Sus doctores sí querían que los quisiera. Necesitaban que así fuera. Y cuando ella volvió a poner reparos, diciendo que preferiría que le arreglaran las orejas de soplillo a tener los pechos más grandes, Gerow y Cronin contestaron que se encargarían de eso también si accedía a someterse a la intervención.

Al final, Timmie salió del hospital con una apariencia muy diferente a la que tenía al llegar: las orejas ya no eran de soplillo, los tatuajes habían desaparecido y ahora lucía un par de sutiles cicatrices gemelas en el lugar por donde le habían introducido los implantes, y un par de pechos, copa C, no tan sutiles.

* * *

Para los médicos implicados en la transformación de Timmie Jean Lindsey, la historia tuvo un final feliz, pues fue una cirugía exitosa practicada a una paciente dispuesta, aunque claramente coaccionada. Cuando los periodistas del *Houston Chronicle* dieron con el doctor Thomas Biggs, el único miembro de aquel equipo médico que seguía vivo décadas más tarde, su recuerdo estaba teñido de color de rosa: «Timmie confió en nosotros con los ojos cerrados», aseguró.[32] Y puede que cuando Lindsay llegó a la mesa de operaciones fuera cierto, pero la realidad es que someterse al procedimiento no había sido idea suya, que ella había manifestado que prefería no hacerlo y que al parecer nadie había tenido en cuenta su opinión.

Hay que reconocer que Timmie Jean Lindsey fue una paciente atípica. La mayoría de los cirujanos plásticos están acostumbrados a ver a pacientes que no solo desean estar en sus consultas, sino que han buscado sus servicios por iniciativa propia. Cuando una paciente entra en la consulta de un cirujano plástico, tiene un objetivo, un problema: una nariz aguileña, unos párpados caídos o el mentón

hundido. No hay ningún misterio médico, ningún síntoma desconcertante que requiera una explicación. La paciente trae su propio diagnóstico y el cirujano interviene con su bisturí.

Esta dinámica entre doctor y paciente es única, y además suele darse en ella un sesgo de género: la mayoría de las pacientes de cirugía plástica son mujeres y a casi todas las tratan doctores varones. En otras áreas de la medicina se han producido grandes avances en lo que respecta a la paridad de género; esta área en particular, y pese a un pequeño incremento en el número de mujeres, sigue estando ampliamente dominada por hombres. Un estudio de 2007 indicaba que el número de hombres cirujanos plásticos sobrepasaba al de mujeres a razón de cinco a una; la American Society of Plastic Surgeons (Sociedad Estadounidense de Cirujanos Plásticos o ASPS, por sus siglas en inglés) no tuvo una mujer presidenta hasta 2007.[33]

En consecuencia, la historia de la cirugía plástica es, básicamente, una historia de doctores varones operando a mujeres. Pero es sobre todo la historia de hombres con poder para hacer bellas a las mujeres y autoridad para decidir qué aspecto tiene esa belleza. El desarrollo de nuevas y mejores técnicas de cirugía plástica a menudo ha estado impulsado por los gustos personales de un doctor y no por lo que deseaban las mujeres. Dicho desarrollo ha hecho también que se trate a las pacientes más como conejillos de Indias que como consumidoras que determinan la demanda. El desarrollo, el perfeccionamiento y la promoción de un procedimiento determinado siempre han dependido de un hombre lo bastante interesado en él como para ponerse manos a la obra.

Esto no solo sucede con los procedimientos cosméticos, sino también con los reconstructivos, en casos en los que el deterioro del paciente se debe a algo mucho más devastador que el simple paso del tiempo. A mediados de la década de 1970, muchos doctores seguían creyendo que reconstruir las mamas de una paciente de cáncer mastectomizada era un esfuerzo frívolo e innecesario.[34] Era objeto de burla, incluso entre algunos de los médicos más

respetados de la época, la idea de que las mujeres que habían tenido que someterse a una mastectomía radical pudieran estar traumatizadas porque sus cuerpos habían quedado desfigurados de por vida. T. A. Watson, un oncólogo radioterapeuta puntero en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama, escribió en 1966 que las mujeres sugestionables solo manifestaban sentirse devastadas por la pérdida de sus senos porque los doctores insistían en preguntarles al respecto: «Nos asombran a menudo las pasiones terapéuticas que despierta lo que es, en esencia, […] una afección de un apéndice superficial meramente funcional y fácilmente descartable».[35]

La actitud de Watson respecto a la reconstrucción, y a las mujeres que la deseaban, denota, además de una falta total de compasión —¡¡¡un apéndice meramente funcional y fácilmente descartable!!!—, una cerrazón mental centrada únicamente en erradicar la enfermedad de forma agresiva, a cualquier precio. Los médicos estaban para evitar que las mujeres murieran, no para garantizarles una buena calidad de vida posterior; de hecho, la reticencia a reconstruir los pechos tras la mastectomía estaba en parte motivada por el miedo extendido entre los médicos de que hacerlo les dificultara detectar una posible recidiva. De esta manera, se esperaba que las pacientes se conformaran con sus cuerpos sin mamas; a fin de cuentas, según Watson, no habían perdido nada valioso.

Hubo críticas a Watson entre los oncólogos y los cirujanos de la época, desde luego, y algunos médicos no solo se espantaron ante su insensibilidad, sino que trabajaron con ahínco para dar con tratamientos menos disruptivos, como la tumorectomía y la radiación, que pudieran ser una alternativa a la amputación total de la mama.[36] Sin embargo, el gran avance del implante de pecho como solución reconstructiva para mujeres mastectomizadas no llegó en última instancia de la mano de un doctor especializado en cáncer, sino de un cirujano plástico al que le gustaban las tetas grandes.

Me siento muy orgullosa de que esté disponible para tantas mujeres. Hacerse una reconstrucción no tiene nada que ver con la vanidad. Yo creo que es necesaria. Las vuelve a dejar completas. Me alegra mucho que fueran los implantes de silicona del doctor Gerow los que lo empezaron todo.

TIMMIE JEAN LINDSEY,
The New York Daily News, 2012[37]

Con el transcurrir de los años, los periodistas han perseguido con frecuencia a Timmie Jean Lindsey para recordar su papel de conejillo de Indias de Gerow. En lo que respecta a los implantes de silicona, la opinión mayoritaria y la legislación gubernamental han seguido evolucionando desde que ella se operó. Miles de mujeres acabaron demandando a Dow Corning, el fabricante de implantes, al que acusaban de haberles causado enfermedades del tejido conjuntivo y cáncer, de manera que la Food and Drugs Administration (la Administración Estadounidense para los Alimentos y los Medicamentos o FDA, por sus siglas en inglés) se apresuró a prohibir los implantes de silicona en 1992; una moratoria que no se levantaría hasta catorce años más tarde.[38] En cualquier caso, y a pesar de que sus implantes se calcificaron con los años, Lindsey nunca se los quitó. Cuando alguien le pregunta ahora qué opina de la operación, sus respuestas son ambivalentes. En una ocasión, dijo que se consideraba una privilegiada por que se la ofrecieran, sin reparar, al parecer, en que ella también les había dado algo a los doctores. Y, si bien aseguraba que gracias a sus nuevos pechos los hombres le habían hecho más caso, en las entrevistas que concedió siendo anciana decía que su mayor satisfacción y orgullo era que su participación en aquella cirugía experimental hubiera ayudado a normalizar el procedimiento para las pacientes mastectomizadas.

No hay duda de que los implantes de silicona de Gerow desempeñaron un papel importante en la cirugía reconstructiva para las mujeres que han perdido las mamas a causa del cáncer. Pero lo

cierto es que Gerow no había concebido los implantes con unos fines tan altruistas; él solo era un tipo al que le gustaban los pechos, sobre todo la idea de hacerlos más grandes. La población que él tenía en mente no eran las pacientes de cáncer, sino aquellas mujeres cuyos senos se hubieran descolgado tras dar a luz.

Igual que muchos de los hombres que aparecen en este libro, Gerow tuvo un impacto positivo en su campo, aunque no se debió a sus buenas intenciones, sino a pesar de otras muy cuestionables. Tras patentar su tecnología de implantes, Cronin y él se embarcaron en la misión de legitimar la cirugía de agrandamiento de senos usando la lógica, por entonces ya conocida, de que tenerlos pequeños era una deformidad limitante. Las aseveraciones de Gerow en el Tercer Congreso Internacional de Cirugía Plástica, celebrado en 1963, no dejan lugar a duda sobre cuáles eran sus prioridades.

> Ya hace unos años que, al menos en Estados Unidos, las mujeres se sienten inseguras con sus pechos. Quizá se deba en gran medida a la tremenda cantidad de publicidad que se les está dando a algunas actrices de cine bendecidas con senos generosos. Muchas mujeres con un desarrollo limitado de los pechos son extraordinariamente sensibles hacia este tema, al parecer porque se sienten menos femeninas y, por lo tanto, menos atractivas. Si bien la mayoría de las mujeres se sienten satisfechas o, al menos, se conforman con el uso de «rellenos», es probable que todas ellas fueran más felices si pudieran de algún modo recibir un atractivo agrandamiento desde dentro.[39]

Si la noción de que los pechos pequeños son una deformidad que requiere corrección quirúrgica parece absurda, no es así como se percibía en el campo de la cirugía plástica. Los doctores rebautizaron el hecho de tener los pechos pequeños con un término médico que sonaba aterrador: «micromastia», que no tardó en aparecer por doquier en los manuales de referencia médicos y los libros de texto.[40] Veinte años después de que Gerow y Cronin convencieran a Timmie Jean Lindsey de que los dejara colocarle implantes, la American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons solicitó a la FDA que desregulara los implantes de silicona

para casos de necesidad médica, describiendo los pechos pequeños también como un trastorno en lugar de como una deformidad únicamente.

> Existe, sin embargo, un corpus significativo y creciente de información médica y la opinión de que estas deformidades son en realidad un trastorno que en la mayoría de las pacientes provoca sentimientos de inadecuación, falta de autoestima, distorsión de la percepción corporal y una ausencia total de bienestar debida a una falta de feminidad autopercibida. El agrandamiento del pecho femenino es, por lo tanto, con frecuencia muy necesario para garantizar una mejora en la calidad de vida de la paciente.[41]

De este modo, mientras que doctores como T. A. Watson seguían condenando el narcisismo egoísta de las mujeres que lloraban la pérdida de sus apéndices superficiales meramente funcionales y fácilmente descartables —aunque les salvara la vida—, Frank Gerow no solo fue pionero en el procedimiento para aumentar el pecho, sino que introdujo en la consciencia colectiva la idea de que era un procedimiento crucial, incluso necesario desde un punto de vista médico. Y además de aumentar el pecho de las mujeres, también les dio permiso para preocuparse por su aspecto, para creer que no era un apéndice fácilmente descartable, sino un bien valioso y crucial para su feminidad, su salud y su felicidad.

Mucha gente pensaba, como es lógico, que el triunfo del feminismo relegaría la belleza a un segundo plano en cuanto a su importancia en la vida de una mujer. No obstante, el poder de la belleza es igual de inconquistable que el del amor o la muerte.

J. HOWARD CRUM,
doctor en Medicina, 1929[42]

Hay un proverbio talmúdico, popularizado en su día por Anaïs Nin, la mundialmente famosa diarista y *bon vivant* francesa, que

dice: «No vemos las cosas como son, sino como somos».[43] Sin embargo, cuando Nin se miraba en el espejo, veía algo más: imperfecciones físicas que la frenaban y que solamente conseguirían restarle valor para la sociedad a medida que fuera cumpliendo años. De hecho, Nin se sometió a dos operaciones cosméticas: una rinoplastia cuando estaba en la treintena y un estiramiento facial algún tiempo después. La operación de nariz, que le hicieron entre principios y mediados de la década de 1930, era aún poco común en la época y Nin era perfectamente consciente de haberse arriesgado a estropearse para siempre la cara en su cruzada por hacerla un poco más bonita. Escribió en su diario que planeaba cortar relaciones con prácticamente todo el mundo y retirarse de la vida pública si la operación salía mal. Y, pese a ello, al despertarse y mirarse al espejo, su reacción fue de puro júbilo: «Entonces llegó el momento de verme la nariz en el espejo, ensangrentada y recta, ¡griega!».[44]

Mucho antes de que quitarse y remeterse cosas se pusiera de moda, Nin había llegado intuitivamente a la misma conclusión que Crum en lo que respecta a la ubicación de su valor social como mujer: no estaba en su corazón ni en su pluma, sino en la superficie de su piel. También fue crucial para Nin comprender que estaba en su mano perseguir la belleza, pero no definirla, porque la belleza no solo iba de belleza, sino de deseabilidad. ¿Y quién decidía lo que era deseable?

Los hombres, por supuesto.

Cien años de avances, tanto en feminismo como en medicina, no han logrado resolver la controversia que rodea la cirugía estética. Por un lado, imaginamos que la capacidad de cambiar su aspecto empodera a las mujeres, salvo porque este «empoderamiento» adopta la forma de una total y absoluta sumisión, la de una mujer tumbada inconsciente en una camilla mientras una persona a quien apenas conoce corta sus dóciles carnes con una cuchilla. ¿Y qué podemos hacer nosotras con las ideas contradictorias de que la

belleza es la más superficial y frívola de las ambiciones y, al mismo tiempo, el mayor activo que puede poseer una mujer?

Hoy en día, esta paradoja encuentra su mejor ejemplo en el auge del *spa* médico, un establecimiento que encarna por completo la tensión entre medicina y estética, salud y belleza. Sin embargo, el *spa* médico no es más que la última iteración de esa larga tradición de legitimar y dotar de seriedad unos tratamientos de belleza mediante el sello de aprobación de un médico. Palmolive, por ejemplo, se anunciaba entre 1946 y 1953 como un producto aprobado por médicos que prometía «una complexión más encantadora», dando a entender que una tez clara es señal de buena salud.[45] Es un patrón que se repite a lo largo de la historia. En 1962, un doctor obsesionado con los senos convence a una mujer de que se ponga unos implantes que ella no sabía que quería; en 1983, el *establishment* médico evangeliza sobre la necesidad médica de aumentarse los pechos; y en 2010, los implantes de pecho son la cirugía estética más popular en Estados Unidos.

La cirugía estética está mucho más regulada ahora que cuando el doctor Gerow introdujo unos implantes no testados en el pecho de Timmie Jean Lindsey en 1962. No obstante, el legado de esos primeros días persiste; se encuentra también en el proceso por medio del cual se patologiza el cuerpo normal y sano de una mujer, que pasa a ser una deformidad que requiere reparación quirúrgica, y en el que el «ideal» está tan basado en lo que desean los hombres como en lo que quieren las mujeres.

Me viene un pibón, todo curvas, para una reducción completa de abdomen y un *BBL* con liposucción 360. Lleva solo 1 mes de postoperatorio y está *living* con los resultados 🔥 🔥 El Doctor Curvas entendió exactamente lo que iba buscando 😉.

ANDREW JIMERSON II,
doctor en Medicina, Instagram, 2022[46]

Su nombre es Andrew Jimerson, pero todo el mundo lo llama Doctor Curvas; ese es su usuario en Instagram (@drcurves), donde promociona *liftings* de glúteos, implantes de pecho y otras cirugías estéticas entre más de medio millón de seguidores. Sus publicaciones son chistosas, desvergonzadas y descaradamente provocativas. En un vídeo, muestra a una paciente sentada en una camilla, mirando a cámara con cara de arrepentida y con el siguiente texto superpuesto: «Nunca bailaría para conseguir un BBL». Niega con la cabeza y hace un gesto desdeñoso con la mano, como diciendo «ni hablar». Pero entonces hay un corte a una fotografía de Jimerson, sonriente y guapo con bata de médico. El texto superpuesto reza: «¿Y si el doctor soy yo?»[47]

El vídeo vuelve a la paciente: está de pie sobre la camilla, lleva la bata de papel abierta dejando entrever un tanga y un sujetador quirúrgicos de color negro, se gira y se contonea, ríe y saca la lengua. Los subtítulos dicen: «Bueeeeeno, si es el Doctor Curvas, ya es otro cantar…».

La publicación ha recibido miles de «me gusta» y cientos de comentarios positivos, la mayoría escritos por mujeres. Un comentario que representa la tónica general de las respuestas dice: «Joder, yo haría mucho más que bailar por un BBL», seguido de tres emojis de una carita riendo a carcajadas.

En otros campos se consideraría inusual, cuando no escandaloso, que un médico recurriera a su atractivo sexual para venderles una costosa cirugía electiva a sus pacientes. Sin embargo, en un campo donde los roles tradicionales de género siguen definiendo a menudo la relación entre doctor y paciente, las tendencias en cirugía plástica están aún muy ligadas al deseo masculino, a las nociones masculinas de belleza y a que las mujeres que solicitan este tipo de cirugía normalmente abrazan sin reparos esta dinámica. La opinión de un doctor varón heterosexual deviene representativa de los deseos de los hombres en general. La pericia del cirujano no se circunscribe a la técnica médica, sino a su

capacidad de comunicar a sus pacientes qué apariencia deben tener si quieren despertar el deseo masculino.

Al mismo tiempo, el propio concepto de belleza ha experimentado una transformación radical espoleada por el auge de las redes sociales, el nacimiento de la cultura del *influencer* y la ubicuidad de la pornografía, entre otros factores. En algunos casos, son las propias mujeres quienes han impulsado los nuevos estándares de belleza, que se podrían considerar positivos al corresponderse con una mayor diversidad de aspectos y cuerpos considerados deseables, así como con un acceso más generalizado y asequible a los procedimientos estéticos. Ha llovido mucho desde los tiempos en que los médicos consideraban que tener un aspecto demasiado «étnico» era una deformidad que causaba un malestar psicológico que era necesario subsanar por la vía quirúrgica.

Sin embargo, en muchos casos, el deseo masculino, las preferencias específicas de los hombres, siguen teniendo un gran peso en el quirófano del que nadie quiere hablar. El *lifting* de glúteos brasileño (BBL, por sus siglas en inglés) es hoy lo que el implante de pecho fue en la década de 1960; esto es así no solo porque remodela los cuerpos de las mujeres hasta convertirlos en una caricatura de la deseabilidad sexual, sino también por la atmósfera desregulada y de salvaje Oeste que envuelve el procedimiento.[48] A medida que se disparaban la popularidad y la visibilidad de los BBL, hizo lo propio una industria casera de servicios quirúrgicos «de saldo» que ofrecían descuentos a pacientes que se operaban varias veces,[49] así como de centros de recuperación sin licencia que vendían paquetes de servicios postoperatorios con nombres como El Sueño, El Melocotón o La Leona (este último incluía el viaje de ida y vuelta al aeropuerto y el trayecto de ida y vuelta a la operación, que las pacientes recibían tumbadas bocabajo sobre un colchón en la parte de atrás de una furgoneta sin distintivos).[50] Al final, la situación se volvió tan terrible que la ASPS creó un cuerpo especial para solucionar el problema y establecer una normativa que recogiera una serie de técnicas estándar que permitiera mejorar la

práctica del BBL. Antes de hacerlo, la mortalidad del procedimiento era terrorífica: fallecía una de cada tres mil pacientes.[51]

Y, pese a todo, hay mujeres que siguen solicitando este tipo de procedimientos e incluso los publicitan activamente a futuras pacientes mediante vídeos editados con música en los que muestran orgullosas los resultados de su operación, y que luego sus cirujanos plásticos y los *community managers* de estos se encargan de difundir. Mientras que el doctor Gerow y Cronin tuvieron que convencer a Timmie Jean Lindsey de que se pusiera implantes tras encontrársela en el hospital, doctores como Jimerson contactan con mujeres a través de las redes sociales y acumulan de este modo miles de visionados de las fotos y los vídeos de las transformaciones de sus pacientes. El paso de los pechos a los culos en la cultura de la belleza ha servido también para invertir un canal quirúrgico existente: mientras que los cirujanos utilizaban antes injertos procedentes de las nalgas para el aumento de pecho, en el caso del *lifting* de glúteos brasileño se utiliza el exceso de grasa del tronco superior para remodelar las nalgas.

* * *

Luego está la labioplastia. Uno de los términos más populares con que se busca este procedimiento en internet es el de «vulva de Barbie».[52] Al igual que el implante de pecho de antaño, la labioplastia es la solución quirúrgica para algo que no se había empezado a considerar un problema aceptable hasta hace poco: a algunas mujeres les desagrada el aspecto de sus genitales, normalmente debido a que sus labios menores son asimétricos o más largos de lo que les gustaría. En los últimos años, las labioplastias han aumentado un 40 por ciento; hace apenas diez años, casi ni se había oído hablar de ellas.[53] Y, si bien hay razones funcionales para someterse a la intervención —la labioplastia es especialmente popular entre las mujeres ciclistas, a las que unos labios protuberantes les pueden resultar molestos o provocar

lesiones—, la amplia mayoría de las mujeres alegan motivos de índole estética para querer someterse a la cirugía, lo cual plantea la pregunta de quién decide la estética que dicta el aspecto de una parte del cuerpo que rara vez está en una posición que permita que alguien la vea, ni siquiera la propia mujer.[54]

Los factores sociales que llevan a una mujer a solicitar este procedimiento son diversos, pero la disposición de los doctores a proporcionarlo es un tema diferente que recuerda sospechosamente a aquella práctica inicial de catalogar partes sanas y funcionales del cuerpo como deformidades desde el punto de vista médico para legitimar una cirugía. ¿Cuántas de las mujeres que acuden a la consulta del médico solicitando una labioplastia elegirían someterse al procedimiento si supieran que tener labios vaginales más largos o asimétricos no es una condición minoritaria, sino muy común entre las mujeres? ¿Cuántos médicos, sabiendo lo anterior, seguirían operando a pacientes que solicitan tener una vulva de Barbie?

Sin embargo, mientras que los doctores aprenden durante su formación académica a reconocer la diversidad de formas y tamaños considerados normales de otras partes del cuerpo —el pene en particular—, no se reconoce igual la diversidad dentro de lo que se consideran unos genitales femeninos normales ni hay información disponible al respecto para quien la solicite. El estudiante de Medicina medio no ve muchas vulvas.[55] Durante su formación es posible que vea el cadáver de una mujer de edad avanzada, un modelo de plástico de los genitales femeninos fabricado en masa, un manual de anatomía que solo sirve para enseñar cómo están estructurados funcionalmente los genitales femeninos en comparación con los masculinos —los labios son análogos al escroto; el clítoris, al glande del pene, etc.— y una práctica limitada en ginecología. Apenas hay ninguna lección sobre diversidad anatómica, existe un vacío de conocimiento exacerbado por el tabú que rodea la observación —o comparación— de las formas, los tamaños y la apariencia estética de las partes del cuerpo de un paciente por parte de los médicos. Lo que, en ciertos contextos, podría ser un buen

consejo —«no te quedes mirando con la boca abierta»—, se convierte en este contexto específico en una falta de conocimientos que resulta problemática.

En definitiva, el estudiante promedio que se gradúa en una Facultad de Medicina accede a una industria en la que la cirugía estética genital femenina está experimentando un auge sin precedentes, aunque sin tener un concepto de la diversidad dentro de la normalidad anatómica femenina, sin fundamentos que le permitan asegurarle a una paciente a punto de operarse que no le sucede nada malo desde el punto de vista médico. Lo que sí tienen estos estudiantes, a partir de la combinación entre su experiencia personal y su consumo de pornografía, es una noción muy personalizada y probablemente basada en información errónea sobre el aspecto que «se supone que» deberían tener los labios vaginales.[56]

No se puede hablar de labioplastia, desde luego, ni de su predominancia en el campo de la cirugía plástica, sin hablar del porno. Aquí vemos, una vez más, que los estándares en la práctica de esta cirugía están influidos no por lo que es saludable, sino por lo que se considera atractivo: la labioplastia habitual tiene muy poco que ver con la necesidad médica y mucho con lo que les gusta mirar a los hombres. Ya hace tiempo que a los doctores les cuesta comprender que los genitales femeninos se presentan en toda una gama de formas y tamaños que son normales, lo cual forma parte de una historia impregnada tanto de misoginia como de una dosis nada desestimable de racismo. Sin duda, la labioplastia tiene su origen en la noción, provista de una enorme carga cultural, del aspecto que debe tener una vulva «civilizada» en contraposición a una «salvaje»; una idea que se remonta al siglo XVIII, cuando se consideró que los grandes labios vaginales de algunas mujeres africanas, bautizados con el nombre de «delantal hotentote», eran una señal de la depravación sexual propia de algunas razas.[57]

Uno de los viajeros coloniales que se adentraron en Sudáfrica a finales del siglo XVIII se lamentaba de que las mujeres con quienes

se había encontrado fueran reacias a dejar que les examinara los genitales de cerca, sorprendido, al parecer, de que unas mujeres cuya vestimenta tradicional dejaba las piernas y el vientre al descubierto no apreciaran, por otro lado, que un desconocido escudriñara o manoseara sus partes privadas.[58] Sus intentos de pagar a las mujeres para que le permitieran examinarlas fueron «rechazados con desdén por señoritas hotentotes medio desnudas», escribió.[59] Las mujeres que accedieron fueron tratadas como juguetitos humanos y, a menudo, explotadas de forma cruel. A una de ellas, llamada Sarah Baartman, la llevó a Inglaterra el cirujano Alexander Dunlop, quien la exhibía desnuda en público o en las residencias particulares de familias adineradas selectas, donde los clientes podían pagar por tocarla. Las indignidades a las que se sometió a Baartman persistieron incluso después de su muerte: en lugar de enterrarla, exhibieron sus restos en el Musée de l'Homme de París, junto a un molde de cera de sus labios vaginales.[60]

La medicina moderna no se ha portado mucho mejor: en 1975, el profesor sir Norman Jeffcoate, médico y antiguo presidente del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos), comparó los labios menores alargados con las orejas de un perro y llegó a la conclusión —equivocada— de que las mujeres se causaban a sí mismas dicho trastorno masturbándose en exceso.[61] Casi cincuenta años después, persiste la idea de que tener los labios más largos es señal de depravación o promiscuidad sexual, sobre todo entre las personas religiosas conservadoras que siguen librando las guerras de la pureza. No es nada extraño encontrar en 2022 un tipo en particular de publicaciones virales en las que hay una foto de un sándwich del que sobresalen unas lonchas de jamón con una leyenda que explica que es la representación de la vulva de una mujer promiscua (sin especificar, aunque hay alguna que otra extraña ocasión en que el meme va específicamente dirigido a Taylor Swift).[62]

Por raro que parezca, el momento de eclosión del concepto de «vagina de diseño» en la cultura —precursor, podría decirse, de la

popularidad de las labioplastias— llegó en 2008, en medio de un escándalo sexual que acabó en la dimisión de Eliot Spitzer, gobernador de Nueva York. Ashley Dupré, la *escort* con quien Spitzer había estado liado, al parecer poseía «la vulva más bella de Nueva York», lo cual desató toda suerte de especulaciones sobre qué aspecto debe de tener una vulva bella.[63] Aun hoy, en la edad dorada de la labioplastia, el lugar donde es más probable encontrar una de estas vulvas perfectamente simétricas y discretas es en una estrella del porno, una paradoja que parece escapárseles a los contendientes de esta particular guerra cultural. A fin de cuentas, la medicina sigue sin contar con un estándar que permita definir qué aspecto tiene una vulva «normal», aunque la cultura popular haya cambiado por completo de idea sobre qué tipos de labios vaginales deben exhibirse.

Sigue habiendo un cierto paternalismo en la cirugía plástica. Pero también hay pacientes que buscan esa interacción con su doctor. Quizá se operen para resultarles más atractivas a los hombres y valoren la perspectiva de un cirujano varón que les diga: «Te va a quedar así» o «Te va a quedar genial».

AVIVA PREMINGER,
doctora en Medicina, cirujana plástica, Nueva York,
fragmento de una entrevista de 2022[64]

La cirugía de revisión de implante de senos que lleva a cabo Aviva Preminger —y hace muchas operaciones de este tipo— es frecuentemente una consecuencia del mismo problema: los senos son demasiado grandes, a veces lo bastante para causar daños en los tejidos, o más grandes de lo que deseaba la paciente. En algunos casos, el problema es subjetivo, y estético. El doctor creía que más grande era mejor, más bello, y la paciente, que prefería un implante menor, o bien cedió, o bien no se dio cuenta de que la estaban ignorando y habían decidido por ella.

* * *

Preminger comprende casi mejor que nadie lo importante que es encontrar el equilibrio entre lo bello y lo posible, así como saber en qué momento una cirugía estética puede torcerse hasta afectar las funciones. Los implantes demasiado grandes son una de las maneras en que pasa esto, las labioplastias demasiado entusiastas son otra.

«Los labios menores tienen su función», explica Preminger; un hecho del que las pacientes no siempre son conscientes.[65] Eliminar demasiado tejido podría provocar en la paciente secreción vaginal crónica, irritación, excoriación o un dolor debilitante. Lo peor de esto es que se trata de un problema para el que no hay una solución fácil. Uno de los principios fundamentales de la cirugía plástica es que resulta relativamente sencillo quitar tejido corporal, pero muy difícil volverlo a poner. Por esta razón, cuando realiza una labioplastia, Preminger disuade a las pacientes de buscar la estética de la vulva de Barbie que podría provocar problemas médicos donde no los había.

En caso de que se presente una labioplastia chapucera o un implante de senos demasiado grande, resulta irrelevante de dónde saliera la idea. Ya fueran los médicos quienes convencieran a la mujer de someterse a un procedimiento inadecuado o que fuera ella quien lo solicitara, es tarea de Preminger y de otros doctores como ella disuadir a las pacientes de someterse a la intervención o arreglar el problema creado por otros.

* * *

Por otro lado, todavía resuenan en la cirugía plástica de hoy los ecos perturbadores de su pasado. Están en los *influencers* de TikTok que publican vídeos publicitarios diciendo que el bótox es una forma de cuidarse a uno mismo; o en la paciente a punto de recibir un implante de mama, con su gorro quirúrgico y la vía en el brazo, contoneándose para los seguidores del Insta de su médico antes de

que la anestesia general le haga efecto; o en el consenso general que existe respecto a la idea, poco debatida pero ampliamente aceptada, de que una cirugía de implante de mamas se vuelve más tendencia si la ha hecho un hombre.

Vuelvo a pensar en Timmie Jean Lindsey diciendo que prefería que le arreglaran las orejas de soplillo a que le agrandaran los pechos.

Vuelvo a pensar en su médico diciendo en tono nostálgico: «Confió en nosotros con los ojos cerrados».

¿Cómo recuerdan a sus pacientes los doctores que colocaron los implantes que Preminger ha tenido que revisar después? ¿Piensan que les dieron lo que ellas querían? ¿Creen que sabían lo que querían las pacientes mejor que ellas mismas?

Únicamente hace falta comparar las cifras —las de cirugías plásticas realizadas cada año frente a las del número de pacientes que vuelven insatisfechas— para comprender que la cirugía estética ya ocupa un lugar permanente en nuestro tejido social. Muchas mujeres eligen operarse y cada vez menos se arrepienten. Las cifras no hacen más que crecer a medida que los procedimientos perfeccionan y su coste es cada vez menor. Los cirujanos plásticos que en su día se aprovecharon de la práctica de las reconstrucciones faciales a soldados mutilados les han cedido el paso a los *spas* médicos donde esteticistas titulados reparten medicamentos inyectables a mujeres en su descanso para comer. Delicados eufemismos han ido surgiendo a la par que estos nuevos procedimientos: levantamiento, aumento, alisado o relleno, por ejemplo. Todo suena agradable, más a autocuidados que a medicina. Sin embargo, no estamos más cerca que antes de poder desentrañar lo que quieren las mujeres para sus caras y sus cuerpos y lo que sus médicos, sus maridos o la presión social les dicen que deberían querer.

Se puede condenar la presión que sienten las mujeres para ajustarse a un estereotipado estándar de belleza y, al mismo tiempo, defender su

derecho a tomar sus propias decisiones.

MARCIA ANGELL,
doctora en Medicina, editora jefe *de*
The New England Journal of Medicine[66]

Conocí a Amrita un día normal y corriente, aunque es una paciente inusual: tras ser diagnosticada de cáncer en su estado natal, ha recorrido más de mil kilómetros hasta Nueva York para recibir una segunda opinión. Está sola, su marido se ha quedado en casa con sus hijos adolescentes. Lo más sorprendente es lo entera que está aun cuando salta a la vista que el viaje la ha dejado exhausta. Lleva el pelo y el maquillaje impecables, hasta se ha pintado los labios de un tono ciruela mate que le queda muy bien con el color tostado oscuro de su tez.

Amrita se encuentra extraordinariamente bien pese al cáncer metastásico que se le ha extendido hasta los huesos. La mayor amenaza para su estado reside en la incertidumbre que lo rodea: la disponibilidad de tratamientos nuevos y eficaces para su cáncer implica que podría llevar una vida normal y saludable durante años, pero podría darse también el caso de que el cáncer mutara, empezando por una célula que resistiera el tratamiento, se propagara como el fuego y acabase con ella en cuestión de meses. En lo que respecta a esa incertidumbre, no le puedo ofrecer más garantías que los médicos que ya ha visitado en su estado de residencia, pero Amrita encaja con dignidad la difícil conversación haciendo preguntas incisivas y permaneciendo serena todo el tiempo. No fue hasta que me di la vuelta para salir cuando me dijo que tenía otra pregunta… y se echó a llorar.

«Me da mucha vergüenza hacérsela a mi oncólogo», me dice, y por un momento temo que no vaya a ser capaz de hacérmela a mí tampoco. Hacen falta mucha persuasión y unos cuantos arranques en falso hasta que me cuenta por fin qué la perturba: quiere

ponerse bótox desesperadamente, pero no sabe si puede mientras esté recibiendo quimioterapia.

Amrita rompe a llorar de nuevo; dice que sabe que debería estar agradecida por seguir viva, aunque le avergüenza admitir lo mucho que le importa su apariencia. Pero claro que importa. Mi paciente ya vive de por sí con la carga de saber qué la va a matar. Ha visto su sombra en los escáneres. ¿Por qué tiene que verla también en su cara cada vez que se mire al espejo? ¿Por qué no habría de dar este pequeño paso para parecer menos vieja, menos enferma, menos afligida por las certezas con las que ya está viviendo? El cáncer se había llevado ya muchas cosas: su salud, su paz mental y una cantidad indescifrable de años. Al negarse a dejar que también se llevara su belleza, Amrita no solo se estaba regalando una apariencia más juvenil, estaba reclamando la sensación de tener el control de su vida.

Al final, derivarla a un dermatólogo —además de asegurarle que el bótox no pondría en peligro su tratamiento contra el cáncer— fue el consejo médico más importante que dispensé ese día.

Los médicos podemos olvidarnos de que nuestros pacientes tienen una vida más allá de la cita médica; una vida en la que su apariencia exterior importa mucho más en el día a día que lo sanos que estén bajo la piel. De hecho, esta compleja interacción entre belleza y salud puede marcar la diferencia entre un paciente que está viviendo en lugar de únicamente sobreviviendo. Mucho antes de convertirme en oncóloga, cuando estudiaba el grado de preparación antes de hacer Medicina y trabajaba en el Dana-Farber Cancer Institute, entendí que las operaciones estéticas eran el modo de conocer a los pacientes como personas en lugar de como un conjunto de partes que funcionan mal y hay que reparar. La *boutique* del Institute, donde les ponían pelucas o prótesis de mama a las pacientes, no trataba el cáncer en sí, pero estas intervenciones, mucho más que la radiación o la quimioterapia, hacían sentir a las mujeres que volvían a ser una persona completa. Estaba la profesional soltera de treinta y tantos que se preguntaba si volvería

a salir con otras personas tras una mastectomía o la madre que lloraba al contar que a sus hijos les daba miedo verla sin pelo o sin pestañas; estas pacientes sentían su identidad desolada de un modo tan debilitante como cualquier otro síntoma del cáncer, con la diferencia de que muchos médicos se negaban a tomarse en serio este tipo de síntomas. Durante mi período de residencia me provocaba un enorme rechazo oír a colegas médicos decirle en tono de burla «Solo es pelo, volverá a crecer» a una paciente tan transformada por la quimioterapia que no reconocía su propio reflejo en el espejo. Por muy lejos que estemos de los días en que los médicos se referían a los pechos amputados como «apéndices inútiles», el legado de aquellos tiempos levanta su fea cabeza cada vez que tildamos con desdén a una paciente de vanidosa por preocuparse por su apariencia. Mientras que los cirujanos plásticos se han aferrado a lo largo de los años a la idea rectora de que la estética importa, la oncología y otros campos de la medicina tienen aún que ponerse al día con respecto al modo en que medimos cómo afectan los tratamientos a la calidad de vida de nuestros pacientes, y en este sentido las cuestiones psicológicas y estéticas son igual de importantes que los efectos adversos para la salud y la toxicidad. Incluso en la actualidad, hay médicos que ningunean tratamientos existentes que pueden prevenir la caída del cabello de algunos pacientes quimioterápicos, y las aseguradoras a veces tampoco los cubren porque no los consideran importantes.

Pese a todo mi empeño por comprender el cáncer en su nivel más microscópico, me recuerdo a diario que la vileza de esta enfermedad no radica en lo mortífera que es, sino en cómo destruye la vida de una mujer, su sentido de la identidad: interna, externa y en todos los aspectos. Para algunas pacientes, el mayor hito durante el tratamiento no es obtener una resonancia perfecta ni una operación exitosa; es cuando un día despiertan y ven que el pelo, las cejas y las pestañas les están volviendo a crecer. Es cuando ya tienen los pezones tatuados en sus senos reconstruidos. Es cuando se miran al espejo y se reconocen de nuevo.

¡Vivimos en sociedad! ¿Te enteras?

GEORGE COSTANZA,
Seinfeld, 1991[67]

El cliché de la crisis de la mediana edad de un hombre, con sus coches y sus aventuras, se percibe como un intento febril y ridículo de aferrarse a la juventud, sin duda, pero menos ridículo que una mujer que intente recuperar su cara de 1985.

FRANCES DODDS,
Coveteur, 2018[68]

La tensa relación que la medicina mantiene con la vanidad y la estética es un reflejo de la tensa relación que la sociedad mantiene con la vanidad y la estética: hay reglas y expectativas que a menudo entran en conflicto entre sí. Es difícil saber dónde trazar la línea entre una deformidad que «merece» corregirse y unos rasgos simplemente indeseables que no, y eso sin entrar siquiera a valorar los cambios provocados por factores como la enfermedad, ciertas lesiones o la edad. El hecho de que una persona pueda someterse a una operación estética para mejorar estas circunstancias no ayuda a resolver el dilema moral de si debería hacerlo, especialmente porque el consenso social es con frecuencia que no, que hay algo de mal gusto en comprar belleza o hacerla regresar a golpe de talonario cuando empieza a desvanecerse. A pesar de la fijación de nuestra sociedad con la juventud, o la apariencia de juventud, reconocer abiertamente esta obsesión —que se te note en la cara porque salta a la vista que te has operado— nos sigue pareciendo ir demasiado lejos.

Se dice que las mujeres deberían envejecer con dignidad. Y, sin embargo, la noción de envejecer con dignidad requiere dignidad, en forma de una especie de pasividad tan atribuida a la feminidad como unos labios carnosos o unos pechos respingones. En este caso, la

alternativa a interactuar con el *establishment* médico es resignarse. Elegir no plantarles cara a las impredecibles manifestaciones del tiempo, de la gravedad, de reír demasiado, de fumar o de la luz solar. ¿Y por qué? ¿Porque la cirugía estética es demasiado cara? ¿Demasiado dolorosa?

¿O será porque no nos la merecemos?

Pese a todo el tiempo transcurrido, seguimos atrapados en las mismas cuestiones de legitimidad que importunaban a la medicina estética en sus albores: ¿cuándo está bien intervenir? La superficie del cuerpo nos protege del mundo, y es también la intermediaria a través de la cual lo experimentamos y a través de la cual el mundo nos experimenta a nosotros. Algunas personas nacen bellas y son recibidas con los brazos abiertos; otras son menos afortunadas y se las acoge con menos clemencia. Si un médico podía convertir a una persona de la segunda categoría en una de la primera —si la propia paciente es la que llama a la puerta del cirujano plástico para pedírselo—, ¿quiénes somos nosotros para negárselo?

Si, según nos han contado, los cuerpos de las mujeres son el campo de batalla, entonces lo noble, lo elegante, es ondear una bandera blanca y darnos media vuelta; alejarnos al galope, arrugas en ristre, en dirección al ocaso de nuestras vidas. Pero, si esto es así, los cirujanos plásticos podrían llegar a parecer unos hermanos en armas, los guerreros que luchan con valentía al lado de quienes rehúsan marcharse en silencio, ayudando a las mujeres a hacerse con el control de sus rasgos faciales, de los contornos de sus cuerpos, de los efectos del mismísimo tiempo.

Complica todo lo anterior el hecho de que las cirugías estéticas sean a menudo empoderadoras para las mujeres que escogen someterse a ellas, ya que se vuelven más influyentes de lo que serían de haberse dejado el rostro intacto, sin atractivo o ajado. Un mal *lifting* facial puede ser sonrojante, pero uno bien hecho compra algo imposible de medir: unos cuantos años más de visibilidad en un mundo en el que las mujeres de cierta edad suelen volverse invisibles.

Y, claro, en los tiempos que corren, las mujeres que acuden a los *spas* médicos y las consultas de los doctores suelen ir acompañadas de sus madres y no de algún hombre.

* * *

Simran tiene veintiséis años cuando se entera de que la muerte viene a por ella.

Siempre había habido motivos para preocuparse, pues a su madre le habían diagnosticado un cáncer de mama a los treinta y tres. Y había más mujeres de su familia, las que aún vivían en India, con historias similares: cáncer de mama, cáncer de ovario, una historia compartida de agresivos tumores malignos que sugerían una conexión genética. Cuando su madre dio positivo en una de las mutaciones de los genes BRCA que causa el cáncer de mama, no fue una sorpresa.

En el momento en que Simran da positivo en la misma mutación, empieza una cuenta atrás. Como doctora especializada en cuidados paliativos, entiende mejor que la mayoría de la gente lo que se juega. El cáncer es casi seguro a menos que se opere, y pronto. Tener la edad de su madre en el momento del diagnóstico no es solo una tragedia, sino un punto de referencia, la fecha en la que tiene que extirparse las mamas si alberga alguna esperanza de evitar su mismo sino. Todos los médicos le aconsejan lo mismo: ten hijos y luego te haces la mastectomía; y después, le dicen, un implante de senos.

Pero Simran no quiere un implante.

Y no se lo va a hacer, le digan lo que le digan.

* * *

«Uf, fue horrible. Horrible», se lamenta Simran. Han pasado dos años desde la operación, pero el recuerdo del momento permanece

indeleble en su memoria, y la rabia y la frustración aún son palpables.

Los tiempos en que los médicos despachaban la mastectomía como la pérdida sin importancia de unos apéndices inútiles hace tiempo que pasaron. A las pacientes se las anima a someterse a una reconstrucción de mama, ya sea mediante injertos de grasa o implantes, y se da por hecho que lo harán. Cuando Simran empezó a planificar su mastectomía, el cirujano plástico que la vio sugirió incluso incluir la reconstrucción en la misma intervención, reutilizando el tejido mamario extirpado en el implante. «Vino a decirme, básicamente: "Sí, el implante directo es lo mejor para ti porque, a ver, eres joven, estás sana, eres guapa", esas fueron sus palabras exactas», recuerda ella.

Simran ya sabía que en su futuro no figuraban unos implantes. Como médico, conocía mejor que la mayoría sus opciones médicas y los posibles resultados de su elección, y tenía muchas razones para no elegir sustituir las mamas por silicona. Siempre había tenido los pechos pequeños, sobre todo tras dar a luz. No le gustaba la idea de un cuerpo extraño dentro de ella. Las mujeres con implantes que había conocido no estaban satisfechas; sus nuevos pechos les resultaban fríos al tacto, o tenían áreas irregulares en el tórax, o les daba la sensación de que no eran suyos. Su propia madre, a quien le habían reconstruido las mamas con injertos del abdomen, sufrió de dolores de vientre y espalda desde entonces; no solo eso, sus nuevos senos eran demasiado grandes. Simran quería un tipo diferente de reconstrucción llamado «cierre plano estético», que deja el tórax plano pero con poca cicatriz y los pezones intactos. No obstante, la actitud de su cirujano, la obsesión de este por ponerle implantes en el mismo quirófano, durante la mastectomía, la pilló desprevenida, de manera que pidió una segunda opinión, a una mujer esta vez, de quien esperaba más apertura de mente respecto a sus opciones. En la visita, Simran explicó detalladamente lo que quería y por qué.

Lejos de mostrarse comprensiva, la cirujana se opuso a la idea argumentando que un pecho plano le provocaría daños psicológicos.

«Me quedé de piedra. En ese momento sentí pena de mí misma porque salí de allí llorando, con la sensación de que no me habían escuchado», rememora.

* * *

La historia de Simran tiene un final feliz: su cirujana acabó haciéndole la reconstrucción torácica de pecho plano que ella quería y el resultado fue tan espectacular que, a menudo, la llaman otras pacientes que se plantean renunciar a los implantes y optar por el cierre plano. Pero lo que hace que esta historia sea extraordinaria es cómo encaja en la evolución de la cirugía plástica no solo como área de la medicina, sino como una forma de empoderamiento femenino que culmina en el momento en que la paciente elige qué apariencia quiere tener y, además, decide salirse de las ideas convencionales de belleza, de deseabilidad y de dónde reside su valor para la sociedad. Lo que le encanta a Simran del resultado de su operación, aparte de que la hace sexi y bella, es que la hace sentirse ella misma.

Si hablas con la gente sobre cómo es la cirugía plástica y qué experiencias han tenido, de cómo les va ahora, no te hablan de su apariencia. Te hablan de cómo se sienten.

CHARLES GALANIS,
doctor en Medicina, cirujano plástico, Beverly Hills,
fragmento de una entrevista de 2022[69]

Todo esto y más hace de la cirugía plástica y de su historia un asunto particularmente complicado en su contexto. A diferencia de otros sistemas corporales, afligidos por enfermedades y trastornos para los que debemos encontrar cura si queremos vivir, la cirugía y

la medicina estética son campos con los que las mujeres se relacionan por elección propia. La mujer entra al quirófano porque quiere, o porque cree que quiere.

Tal vez, como en el caso de Timmie Jean Lindsey, simplemente se sienta afortunada por tener la oportunidad y los medios para volverse más guapa. Y tal vez el cirujano plástico al que le gustan los pechos grandes o los labios vaginales pequeños no sea un ser todopoderoso que inflige castigadores estándares de belleza a sus desventuradas pacientes, sino un médico que ayuda a las pacientes a vivir las vidas que desean. En cualquier caso, seguimos persiguiendo la belleza, pese a que esta nos elude, se nos escapa, se desvanece. La batalla continúa. Y habrá sangre.

2

HUESOS

SISTEMA ESQUELÉTICO

Cráneos y corsés de ballena

Podemos felicitarnos como sociedad por poseer un espécimen por cesárea tan magnífico y único.

MAURICE FITZGIBBON,
doctor en Medicina, 1879[1]

Mientras está viva, a Mary Ashberry apenas la mira nadie. Para mucha gente, está por debajo del umbral de lo perceptible: es una enana con acondroplasia de veintipocos que mide un metro de estatura, la propia de una niña de cinco años. Los detalles de su vida serán siempre un misterio. Solo hará alusión a ella, después de muerta, un doctor que examinará su cadáver y dictaminará que se trata de «una cosa desamparada», la víctima de infortunios inespecíficos en el burdel de Norfolk, Virginia, donde reside.[2] Nunca se hallarán registros de cómo acabó en aquel burdel ni de la naturaleza de sus ocupaciones allí; nadie sabrá cómo vivió, si feliz o infeliz, ni con quién.

Cuando Mary se queda embarazada y su vientre empieza a hincharse, no hay nada que deje constancia de quién es el padre, ni siquiera de quién podría ser.

* * *

Es la primavera de 1856 cuando Mary se pone de parto; los días son cada vez más largos.[3] Una semana más y las magnolias habrán florecido, sus ramas estarán cargadas de céreas flores con tonos rosados y blancos.

Para entonces, Mary y su bebé ya habrán muerto.

Es el parto lo que acaba con la vida de Mary. El parto y la ignorancia del médico. Su pelvis es demasiado pequeña para que una criatura pase por ella. Para sobrevivir, su única esperanza es que los médicos que la asisten le practiquen un aborto y desencajen después el cráneo del feto, una operación que tardan mucho en iniciar y no consiguen completar. Más tarde, un doctor llamado Fitzgibbon examina los restos de Mary Ashberry y anota lo siguiente con indiferencia: «La intervención ha comenzado y ha progresado hasta la destrucción de la vida del niño, si bien es de lamentar que no se haya podido continuar más allá de este punto».[4] Los médicos habían decidido, en cambio, hacer una incisión en el vientre de Mary, que falleció a los tres días, a causa del trauma quizá, o por una infección.

Mary murió tal y como había vivido: desatendida, ignorada, invisible. ¡Qué terrible resulta la pequeñez de su cuerpo!

Tal vez sea esa la razón por la que lo dejan insepulto.

En lugar de enterrarlos, envían sus restos al norte. Su anónimo bebé viaja con ella. Cuando llega al museo de Filadelfia donde descansará por fin, Mary ha dejado de ser una mujer y se ha convertido en un objeto; de ella solo queda el esqueleto: la cabeza desproporcionadamente grande; los brazos y las piernas, cortas; la pelvis, inusualmente estrecha. Es, como señala Fitzgibbon, un espécimen magnífico y único. La humana a la que había pertenecido en el pasado ya había quedado por completo en el olvido.

Le blanquean los huesos hasta dejarlos relucientes. A continuación, la yerguen colgándola de un cordel que va desde un agujero en el cráneo hasta un tubo a tres metros de altura.[5]

Mary murió sin dejar pareja ni familia. Sin embargo, después de muerta tuvo ambas cosas. A su lado, compartiendo el expositor de vidrio que contiene sus huesos, se encuentra el esqueleto de un gigante, un hombre anónimo que midió al menos 2,3 metros en vida y cuyos restos habían sido puestos a la venta en Kentucky en 1877.[6] Mary lleva algo en la mano, una cosa pequeña, blanca y sonriente: el cráneo de su bebé.[7]

El esqueleto de Mary ha permanecido más de un siglo tras ese aparador del museo Mütter de Filadelfia, donde acuden a verla más de cien mil personas al año. Los visitantes se acercan. La miran fijamente. Observan la extraña curvatura de los húmeros y cómo los fémures se doblan hacia dentro. Contemplan los huesos que moldearon su cuerpo en vida, despojados ahora de piel y músculos. Es la atracción estelar de un peculiar retablo. A los visitantes les interesa qué fue, pero no quién fue.

Los visitantes, en definitiva, como las personas de su entorno cuando estaba viva, no la ven. No la ven de verdad.

* * *

Recuerdo serrar el cráneo en dos mitades. Mi profesor de Anatomía me puso la mano en el hombro, un gesto amable y tranquilizador, y dijo: «Ahora viene lo más difícil».

Recuerdo que el aroma a bálsamo mentolado se me quedó adherido al labio superior, un olor penetrante que se imponía al resto, si bien no lograba tapar del todo los omnipresentes efluvios del formaldehído.

Alineé la sierra de autopsia con la base del cráneo y empecé a cortar.

Ya casi habíamos acabado la disección. Llevábamos meses abriendo capa a capa el cuerpo de la anciana, revelando músculos y tendones, órganos y huesos. Habíamos dejado el cráneo para el final porque era una de las tareas más arduas físicamente y porque nuestro instructor —un médico varón que supervisaba el trabajo de

cuatro mujeres estudiantes de primer curso de Medicina— pensaba que sería la parte que nos resultaría más perturbadora.

No fue así. El momento más perturbador había acontecido varias semanas antes y fue cuando entendimos qué había acabado con la vida de la anciana. Había varios tatuajes en el costado derecho del tórax; no eran decorativos, sino unos puntitos diminutos que delataban un tratamiento previo de radiación para un cáncer de mama y que acompañaban a una pequeña cicatriz en el pecho, una indicación de que le habían practicado una tumorectomía. En los meses que dedicamos a diseccionar el cuerpo, memorizando cada una de sus venas, nervios y músculos, fuimos encontrando numerosos nódulos gomosos de color blanco. Eran tumores. Los tenía por todo el cuerpo. Lo más probable es que su cáncer comenzara en la mama derecha y se extendiera luego a los ganglios linfáticos, los huesos y el cerebro hasta matarla.

Diagnosticarla no nos produjo ninguna satisfacción, desde luego. Saber cómo había muerto seguía sin decirnos nada sobre su vida: quién fue, cómo vivió o a quién amó. Nuestro cadáver no era una paciente, sino una lección. En su interior se hallaban los mismos elementos que hay en todos nosotros. Una vez concluido nuestro trabajo, mis compañeras y yo nos tomamos las manos y las alzamos sobre su cuerpo, un gesto con el que le agradecíamos su generosidad y le prometíamos honrar el don del conocimiento que nos había proporcionado. Aquella fue la primera y última vez que diseccioné un cadáver, y acabaría dedicando mi carrera a salvar la vida de mujeres que padecían el mismo tipo de cáncer que la había matado a ella.

Mary Ashberry, cuyo esqueleto lleva expuesto en el museo Mütter de Filadelfia cerca de dos siglos, murió en 1856. Pasarían veinte años antes de que el *establishment* médico le prestara atención, aunque, a diferencia de la anciana que diseccioné en mi primer año de formación, la vida de Mary —y su final— poco les interesaba a los doctores encargados de cuidar sus restos. El doctor Fitzgibbon, entusiasmado con el estado de los huesos, solo le dedicó

un pensamiento fugaz a los derroteros que la habían llevado de ser una mujer joven que vivía y trabajaba en Nueva Orleans a convertirse en un artefacto médico. «La criaturita no era más que una cosa desamparada», escribió, no como muestra de empatía, sino a modo de explicación de las razones por las que los doctores que la habían atendido carecían de las herramientas necesarias para llevar a buen término el parto del bebé y salvar la vida de ella.[8] Su cuerpo era, simple y llanamente, demasiado pequeño para el instrumental habitual.

Y cuando armaron su esqueleto para exhibirlo, no lo hicieron en nombre del conocimiento médico, sino en el de una curiosidad morbosa. En la época de la muerte de Mary, los huesos conservados suponían una valiosa herramienta para doctores y estudiantes de Medicina. Interactuar con esqueletos humanos permitía obtener importantes conocimientos sobre cómo está estructurado el cuerpo, sobre cómo recolocar huesos y reparar articulaciones. Los esqueletos utilizados como modelos anatómicos estaban unidos con hilos, y era importante que, además de verse, pudieran tocarse para entender cómo se mueven. El de Mary Ashberry, en cambio, se sostiene gracias a los restos calcificados de su propio tejido blando.[9] Si alguien tratara de moverlo, de girarle la cabeza, de levantarle la mano y agarrársela, se rompería. De modo que Mary permanece erguida e inmóvil, sosteniendo el cráneo del bebé que murió dando a luz, en un macabro retablo que es tan inútil para la medicina como estremecedor.

El cuerpo de Mary no era una lección, sino un objeto que contemplar boquiabiertos.

* * *

En el contexto de la historia de la medicina, los huesos de Mary Ashberry, además de encerrar conocimientos, encarnan toda la tensión y el extrañamiento con que el *establishment* ha percibido el sistema esquelético femenino. Las mismas fuerzas que movieron a

los médicos a considerar a Mary un objeto grotesco impregnaron también de su influencia las descripciones del esqueleto femenino en general, y alimentaron una extendida ignorancia —o quizá sería mejor decir una ignorancia que penetra hasta el tuétano— cuyos efectos se perciben todavía.

El sistema esquelético en sí ocupa un lugar único en nuestro entendimiento tanto de la medicina como de la mortalidad. Mientras estamos vivos, este sistema da forma y estructura al cuerpo; una vez muertos, es lo único que permanece con el paso del tiempo. Por este motivo, es el sistema anatómico con el que la gente corriente, y no solo los médicos, está más familiarizado. Cuesta dar con un sistema comparable que sea igual de importante en el ámbito médico e igual de ubicuo en la cultura popular.

Con la salvedad de unas pocas excepciones regionales —concretamente en Italia y el sur de Francia—, diseccionar cuerpos humanos fue ilegal hasta el siglo XVI; esta circunstancia provocó que la estructura del esqueleto humano estuviera rodeada de un halo de misterio y plagada de datos erróneos sobre su naturaleza. Antes de esa época se practicaban muy pocas disecciones en humanos y, cuando se hacían, eran secretas debido a que la obtención de especímenes implicaba a menudo el robo de tumbas.[10] Hasta entonces, el conocimiento anatómico del ser humano se había basado principalmente en la obra de Galeno, un médico del Imperio romano cuyas teorías dominaron la medicina occidental durante más de mil años. Sin embargo, el trabajo de Galeno se apoyaba en gran medida en suposiciones y extrapolaciones fundamentadas en la disección de animales, y muchas de aquellas hipótesis eran erróneas.[11]

A mediados del siglo XVI comenzó una revolución en el campo de la anatomía, cuando el médico neerlandés Andrés Vesalio se convirtió en un defensor declarado de la disección de cuerpos humanos, así como en ilustrador de representaciones extraordinarias, vivas y realistas de las capas corporales ocultas.[12] Sus ilustraciones delatan una fascinación por la anatomía que

trasciende el conocimiento médico; la obra de Vesalio está tan cargada de simbolismo cultural y religioso como de detalles anatómicos. En una de sus series de ilustraciones, muestra a un hombre desolado que señala al cielo con una mano mientras sujeta en la otra su propia piel que gotea; al fondo, una iglesia. En otra ilustración, conocida con el sobrenombre de El Hamlet Esquelético, muestra al detalle un esqueleto humano que contempla un cráneo decapitado que yace sobre una tumba; sobre esta, la inscripción, en latín: «Sobrevive el ingenio, todo lo demás muere».[13]

A diferencia de muchos otros anatomistas, Vesalio sí que tuvo en cuenta y valoró las diferencias entre el cuerpo masculino y el femenino: incluye en su obra desnudos de ambos. Pero su comprensión de una anatomía diferenciada por sexos no penetró lo suficiente, no hasta llegar al tuétano. Vesalio acompañó sus desnudos anatómicos de una única ilustración de un esqueleto con la etiqueta «Humano».

Pero el esqueleto no era humano y punto, por supuesto.

Era el esqueleto de un hombre.[14]

¿Qué provocó esta omisión? Es posible que Vesalio no supiera que el sistema esquelético femenino difiere del masculino en algunos aspectos cruciales, si bien es también posible que, pese a ser consciente de ello, las diferencias no le parecieran tan relevantes para merecer una ilustración específica y anatómicamente precisa. De ser así, esta omisión no se circunscribe al juicio de Vesalio, pues las descripciones del esqueleto femenino escasean en los primeros textos anatómicos, y, lo más importante, las que existen suelen sacrificar la precisión en favor de la estética. El estudio de la anatomía parece haber sido permeado desde sus albores por un doble rasero: la representación de la osamenta masculina encierra conocimientos médicos sobre el cuerpo humano, mientras que, en el caso de la femenina, lo que se transmiten son determinadas preocupaciones estéticas, culturales y sociales.

En aquellos primeros tratados, el esqueleto de una mujer adulta se representa a menudo como si fuera el de un niño: poco

desarrollado, frágil, quebradizo.[15] Hay que señalar que esta visión de la osamenta femenina no se limita exclusivamente a la mirada masculina. Cuando la científica francesa Marie-Geneviève-Charlotte Darlus Thiroux d'Arconville publicó sus dibujos del esqueleto femenino en 1759, exageró las diferencias entre sexos hasta el punto de caricaturizarlas.[16] El cráneo es mucho más pequeño y la pelvis, mucho más ancha. La representación llevaba implícito un mensaje: a las mujeres, de cráneos más pequeños y caderas más grandes, la naturaleza les deparaba sin lugar a duda el propósito de ser madres, no pensadoras.

Este mensaje permeó a conciencia el pensamiento médico de la época. En lugar de omitir el esqueleto femenino, la *encyclopèdie* médica francesa de 1765 se regodea en las diferencias óseas entre mujeres y hombres antes de llegar a la siguiente conclusión: «Todos estos factores prueban que el destino de las mujeres es tener hijos y criarlos».[17] En 1796, el anatomista alemán Samuel Thomas von Sömmerring dibujó unas célebres —e imprecisas— ilustraciones de un esqueleto femenino provisto de una cabeza desproporcionadamente diminuta, una pelvis enormemente ancha y una caja torácica improbablemente estrecha. Las imprecisiones eran tan notorias que algunos doctores criticaron las ilustraciones tachándolas de engañosas, aunque se desautorizaron las críticas con el asombroso pretexto de que Sömmerring era artista, y no anatomista.[18] El hecho de que un argumento así se estimara razonable ilustra qué opinaba el *establishment* médico sobre el conocimiento en torno al esqueleto femenino: mientras la osamenta representada fuera bella y rica en símbolos, la fidelidad anatómica carecía de importancia. El esqueleto femenino de Sömmerring no era preciso, pero sí algo mejor: un objeto al que admirar, y no un sistema que hiciera falta comprender.

Esta tendencia en la representación de la osamenta femenina se prolongó hasta entrado el siglo XIX. En 1829, el anatomista escocés John Barclay se ocupó de ilustrar esqueletos diferenciados por sexos y no solo cayó en las mismas exageraciones de sus predecesores,

sino que adornó todas las ilustraciones con el esqueleto de un animal adecuado en cada caso: un potente caballo para el hombre, un avestruz para la mujer.[19] Al mismo tiempo, la anatomía y la destreza artística empezaban a divergir; se relegaban los cuerpos de las mujeres a la segunda categoría mientras que se excluían de la primera. Desde los tiempos de los antiguos griegos, la medicina ha estado presa de la idea de que el cuerpo masculino era el predeterminado, la norma estándar saludable.[20] Los cuerpos de las mujeres —y sus diferencias— representaban desviaciones del ideal.

En la actualidad, esta noción no solo ha permeado las mentes, sino también los textos de quienes ansían alcanzar el conocimiento médico. Salvo en lo concerniente a los órganos reproductores, los cuerpos representados en los libros de texto —incluido el manual de referencia *Gray's Anatomy* (*Anatomía de Gray*), e incluso en los últimos veinte años— eran, sin excepción, masculinos.[21]

Todos los psicólogos, al igual que los poetas y los novelistas, que han estudiado la inteligencia de las mujeres reconocen hoy que estas representan la forma más baja de la evolución humana, más próxima a los niños y los salvajes que a los hombres adultos y civilizados.

GUSTAVE LE BON,
doctor en Medicina, 1879[22]

En la misma época en la que se menospreciaban los huesos de las mujeres como fuente de conocimiento médico también se examinaban con detenimiento sus cráneos debido a la obsesión que despertaban en el siglo XIX las disciplinas relacionadas de la frenología y la craneología. Estos campos pseudocientíficos, cuya práctica estaba inextricablemente entrelazada con el auge de la antropología, el darwinismo y la eugenesia, postulaban que el tamaño y la forma del cráneo albergaban detalles reveladores

respecto al carácter, las capacidades y la inteligencia de su propietario.[23]

Tal vez no resulte sorprendente que muchas de las personas dispuestas a sacrificar la precisión anatómica con tal de vincular los esqueletos femeninos al ideal cultural sobre la feminidad estuvieran además imbuidas de la idea de que la topografía del cráneo de una persona revelara las pruebas de su inferioridad genética. Tampoco sorprende que muchos de estos hombres fueran racistas. Antes de dibujar su famosa ilustración del esqueleto, Samuel Thomas von Sömmerring había sido uno de los primeros entusiastas de la craneología, además de uno de los grandes defensores de la teoría de que los cráneos de los «moros», de piel oscura, eran más pequeños que los cráneos de las personas blancas, lo cual era un reflejo de la menor capacidad intelectual de aquellos.[24] En este caso, Sömmerring se defendió argumentando que él era artista y además un hombre sin pelos en la lengua que decía la verdad y a quien no se podía desalentar para que abandonara sus estudios solo porque siempre conducían a conclusiones extraordinariamente racistas. (En este sentido, muy poco ha cambiado desde el siglo XVIII: son los mismos argumentos esgrimidos en la actualidad por los científicos raciales contemporáneos que esperan descubrir la conexión entre los orígenes raciales y el cociente intelectual.)[25] Un grabado de 1786 muestra a un beatífico Sömmerring examinando un cráneo humano con un calibrador y haciendo caso omiso de una Medusa que le lanza serpientes desde arriba mientras sujeta una pancarta que reza: «*DIE GUTE SACHE*» (‘la buena causa’).[26]

Como ha sucedido habitualmente a lo largo de la historia de la medicina, donde arraiga el racismo en la comunidad científica, la misoginia va detrás. Los antropólogos fueron la avanzadilla en este sentido, al examinar detenidamente los cráneos de personas de razas diferentes y concluir, como era de esperar, que los hombres blancos como ellos eran las criaturas con el intelecto más evolucionado del planeta. A principios del siglo XIX, Samuel George Morton, uno de los padres de la antropología física, coleccionó

cientos de cráneos humanos de todo el mundo y aseguró, a la postre, que había hallado el vínculo entre la capacidad craneal interior y la inteligencia.[27] La literatura de la época está plagada de comentarios tan increíblemente racistas y sexistas que parecen caricaturas, el monólogo de un científico loco sacado de una película de terror de mal gusto. Por su parte, el antropólogo del siglo XIX James Hunt escribió una reflexión que representa a la perfección la confluencia de raza, sexo y especie: «No hay duda de que el cerebro de los negros se asemeja mucho al de una mujer europea o al de un niño y, en consecuencia, está mucho más próximo al mono que el hombre europeo, si bien la mujer negra se acerca aún más al mono».[28]

A mediados del siglo XIX se empezó a apoderar de las comunidades antropológica y médica una fijación por los cráneos. Al mismo tiempo, los profesionales empezaron a prestarles una atención especial a los cráneos de las mujeres, que examinaron en busca de señales de una inteligencia inferior. En 1868, el antropólogo y cirujano parisino Paul Broca determinó que el estudio de la mujer se había convertido en una necesidad específica y urgente. El movimiento por los derechos de las mujeres estaba empezando a hacerse fuerte en Europa y Norteamérica, lo cual era, a ojos de Broca, una evolución siniestra: las reformistas parecían determinadas a interrumpir el orden natural de las cosas, a causar una «perturbación de las razas»,[29] puede que a desviar por completo la evolución. Pero si los doctores y los antropólogos podían determinar la evidencia científica que probaba la inferioridad natural de las mujeres —un destino escrito, literalmente, en las curvas de sus cráneos—, no cabe duda de que estas mujeres radicales entrarían en razón, se irían a casa y abandonarían sus estúpidas campañas en defensa del derecho al voto, la prohibición del alcohol o la abolición del trabajo infantil.

Los discípulos de Broca se apresuraron a abrazar la causa. Unos años más tarde, en 1879, un antropólogo francés llamado Gustave Le Bon recopiló los datos y publicó lo que el historiador

contemporáneo Stephen Jay Gould llama «el ataque más vil contra las mujeres en la literatura científica moderna».[30] La inferioridad de las mujeres, escribió Le Bon, «es tan evidente que nadie puede refutarla de ninguna manera; solo su grado es digno de debate». Las mujeres eran «la forma más baja de evolución humana», y añadió que estaban «más próximas a los niños y a los salvajes que a los hombres adultos y civilizados».[31] Le Bon concluyó: «Sin duda existen algunas mujeres distinguidas, muy superiores al hombre medio, pero son tan excepcionales como el nacimiento de cualquier monstruosidad, como un gorila con dos cabezas, por ejemplo. En consecuencia, podemos ignorarlas por completo».[32]

A Le Bon esto le resultó sin duda de lo más conveniente, dado que su mentor había exigido prácticamente una confirmación científica, y cuanto antes, de la inferioridad de las mujeres ante el temor de que la delirante cruzada de estas para lograr la igualdad llevara a la sociedad —e incluso a la humanidad— al borde del hundimiento. Sin embargo, Broca no fue el único en presionar para que se buscaran fundamentos científicos que justificaran el rol subalterno de la mujer en la sociedad. No es coincidencia que la moda de la frenología arraigara en el seno de la comunidad médica al mismo tiempo que ascendía el darwinismo, que supuso un avance al plantear la idea, emocionante a la par que terrorífica, de que la biología estaba inextricablemente vinculada al destino.

Cuanto más entendían los científicos la evolución, más crucial parecía demostrar que las mujeres eran seres menos evolucionados, aunque para ello fuera necesario encomendarse a la charlatanería pseudocientífica y al coleccionismo de cráneos humanos. El propio Darwin opinó sobre el tema señalando que la fisiología femenina tenía la apariencia «característica de las razas inferiores y, por lo tanto, de un estado más primitivo e inferior de civilización».[33] Escribió que el hombre estaba por fuerza destinado a alcanzar «un grado más elevado de eminencia en cualquier empresa que acometa del que pueden lograr las mujeres, tanto si lo requerido es la

cavilación profunda, el raciocinio o la imaginación como si es el simple uso de los sentidos y las manos».

Para llegar a tales conclusiones, era fundamental estudiar el sistema esquelético femenino. Un principio primordial de la craneología era que el tamaño del cerebro —y, por ende, el tamaño del cráneo— indicaba la capacidad mental. En opinión de los médicos del momento, todas las ilustraciones de esqueletos femeninos, con sus pelvis anchas y sus cráneos diminutos, no solo parecían la encarnación de la delicada feminidad, sino la divina verdad darwiniana. (El tema del tamaño del cráneo presentó un problema, si bien por poco tiempo, cuando los científicos se dieron cuenta de que había mujeres que tenían el cráneo más grande en proporción al resto del cuerpo, aunque en estos casos se limitaron a cambiar de argumento y afirmar que las mujeres de cráneo grande parecían niños y, por consiguiente, eran claramente inferiores también. Cara, yo gano; cruz, tú pierdes.)

La única constante fue la certeza a la que llegaban siempre: los huesos de las mujeres revelaban que eran seres primitivos y frágiles, subdesarrollados e inferiores, y, sobre todo, necesitados de la protección vigilante de un administrador masculino.

A fin de cuentas, así debía ser. Lo contrario —es decir, que las mujeres pudieran ser iguales o, Dios nos libre, más evolucionadas— era una idea demasiado horripilante.

[Si] una joven que no sea de otra época quiere probar las delicias de ir tan encorsetada que no pueda ni respirar, a la humanidad le ha de resultar indiferente que sea capaz de llevar a cabo el experimento hasta sus últimas consecuencias [...]. Como le sucede a un director de ferrocarriles cuando se produce algún accidente ocasional, es posible que la muerte de ella por asfixia haga más bien que mal hacen sus teorías.

The Lancet,
carta de los editores, 1869[34]

Mientras algunos doctores se entregaban sin medida a la moda de la frenología, los hubo que se obsesionaron con otra muy diferente: la de los corsés y sus dolencias asociadas; en algunos casos, imaginadas. Algunas de las imágenes más célebres de la época siguen circulando hoy, e ilustran los supuestos efectos de encorsetar el esqueleto femenino.[35] Quizá las has visto. Hay una de una caja torácica con las costillas comprimidas y curvadas hacia abajo como si fueran hojas marchitas, estrechándose hasta llegar a una cintura de un tamaño inverosímil. Hay un dibujo en una línea de una silueta femenina con las costillas y las vísceras a la vista; el hígado y los intestinos forman un amasijo apretado que parece pasta de dientes saliéndose de su armazón protector, la caja torácica, y descendiendo hasta donde debería estar el útero.

Estas imágenes, con su estilo provocador, llamaron la atención tanto de doctores como de personas legas en el tema. Tocaban un tema que venía que ni pintado a la hora de avivar unos temores que apelaban a la moral: las jóvenes estaban desfigurando sus cuerpos y esqueletos para siempre... ¿Y para qué? ¡Para estar a la moda!

Uno de los médicos que dio la voz de alarma sobre los peligros de esa moda que deformaba el esqueleto fue John Lee Comstock, un cirujano con experiencia en el frente durante la guerra de 1812 que ahora se centraba en la educación. Su libro *Outlines of Physiology* [Introducción a la fisiología] fue uno de los primeros manuales de anatomía de uso generalizado en las escuelas estadounidenses.[36] En 1848, Comstock publicó otro breve tratado anatómico, con el agorero encabezado «LA VESTIMENTA, OTRA FUENTE DE DEFORMIDADES», en el que se quejaba de «la moda reciente de llevar prendas tan anchas alrededor del cuello que dejan uno, o puede que ambos procesos acromiales, o vértices del hombro, completamente al descubierto».[37] Sin embargo, no era el recato lo que preocupaba a Comstock, sino que las mujeres se encorvaran y retorcieran tratando de evitar que se les bajara el vestido, lo cual desembocaría en la repetición del gesto de dejar

caer el hombro «hasta que uno queda permanentemente más alto que el otro».[38]

Quizá huelga decir que aquellos vestidos de cuello ancho que dejaban los hombros expuestos y que Comstock observó con tanta preocupación no se usaban con tanta frecuencia ni el tiempo suficiente como para provocar una deformidad permanente. Aunque las mujeres hicieran movimientos extraños con los hombros para evitar que se les bajara el vestido, se trataba de trajes de noche, cuyo uso se restringía a cenas o fiestas, y únicamente durante unas pocas horas. Que Comstock no se molestara en preguntarle a ninguna mujer sobre el tema antes de dar su opinión sobre el flagelo de la moda deformadora de hombros constituye una notoria entrada temprana en los anales del *mansplaining*, así como un reflejo de las inclinaciones generalizadas de los médicos varones de la época, que en ningún asunto se mostraron con más claridad como en el del pánico a los corsés y los ceñidores.

Pese a que las alarmantes imágenes de cajas torácicas alteradas para siempre por la acción del corsé eran teóricamente precisas, si los médicos se hubieran molestado en preguntar a las mujeres sobre el tema se hubieran enterado de algo vital: la mayoría de las mujeres no se ataban los corsés, o no podían atárselos, tanto como para deformarse el esqueleto.[39] Un corsé muy ceñido era un impedimento para andar, limpiar, cocinar, interactuar con los niños o llevar a cabo labores manuales; en resumen, para cualquier actividad que se saliera de las relajadas tareas ociosas en que se ocupaban, sin levantarse del asiento, las mujeres de clase alta. Una figura muy ceñida era el sello distintivo de un estilo de vida que pocas mujeres podían permitirse y que iba ligado a un estatus socioeconómico reservado a la élite.

Esta es la razón por la que no sorprende que los horrores de los torsos muy ceñidos se convirtieran en un asunto de preocupación generalizada; entonces, como ahora, las preocupaciones de las mujeres de clase alta recibían una cantidad desproporcionada de atención por parte de los médicos y la cultura popular. No obstante,

cuando las mujeres normales y corrientes señalaron que su experiencia poco tenía que ver con aquellos daños que los profesionales de la medicina atribuían al uso del corsé, la cosa se puso tensa.

A finales de agosto de 1869, la revista médica *The Lancet* publicó un quejumbroso artículo breve en su sección «Notas médicas», en el que se lamentaba de que, a pesar de las continuas advertencias de la comunidad médica, las mujeres seguían tomando malas decisiones sobre cómo llevar su ropa interior (en detrimento de su aspecto, su salud y hasta de sus vidas).[40]

«Si los males de un torso ceñido se limitaran a la distorsión que irremediablemente provoca en la apariencia, podríamos lamentarnos de ver cómo la divina forma femenina queda tan desdibujada, pero no sería competencia nuestra proferir comentario alguno sobre el tema. Sin embargo, como profesionales de la medicina vemos a diario los efectos de la prenda en la cadena de síntomas nerviosos y dispépticos que los señalan una y otra vez, así como en el grave daño interno y permanente que, con frecuencia, provoca en el carácter», rezaba el artículo.[41]

Eso sí: pese a la insistencia de los autores en que lo último que tenían en mente era el impacto del corsé en el aspecto de las mujeres, no pudieron evitar mencionarlo sin parar. Se lamentaban de la fealdad de las mujeres encorsetadas «encorvadas, incapaces de mantenerse erguidas a consecuencia de la constricción de los músculos de la espalda». Maldecían la estupidez de las mujeres y su falta de conocimientos sobre su propia fisiología, sin los que «de poco sirve insistir acerca de los viles daños a la salud que las mujeres se provocan a sí mismas».[42]

«Más que un crimen, es una estupidez —concluye la carta—, pues se destruye la belleza con el procedimiento que tiene la intención de aumentarla.»

Para los interesados en llevar un cómputo, eso supone cerca de queja y media por el impacto del corsé en la salud de las mujeres, y tres quejas porque las hace horribles. Pero lo más importante es que

esta nota médica no incluye el testimonio de ninguna mujer, lo cual no pasó desapercibido cuando apareció reproducida en el diario *Times* de Londres. Una mujer, con la esperanza de enmendar el asunto, respondió con una misiva bastante mordaz. El editorial «anticorsés», escribió, «ha despertado, como es natural, cierto debate entre las personas afectadas, [y] yo pido poder decir unas palabras en nuestra defensa».[43] Entre los argumentos esgrimidos en su réplica estaba el siguiente: la postura encorvada que tanto ofendía al articulista de *The Lancet* no era el resultado de llevar el corsé muy ceñido —de hecho, uno de los pocos beneficios de un corsé muy ceñido es que impide encorvarse verdaderamente—, sino de llevar un corsé «con unas varillas de acero débiles en la parte delantera».

Para colmo, era precisamente este tipo de corsés que no constreñían las costillas por delante tanto como los tradicionales el que recomendaban los médicos.

La autora de la carta, que firmaba con el seudónimo «No soy una chica de otra época» —es decir, no soy una frívola que sigue las modas—, rogaba al autor del artículo de *The Lancet* que se familiarizara con la historia de los corsés, en absoluto una prenda usada exclusivamente por mujeres, y además le pedía que «por una vez, en lugar de ir dando consejos, pregúnteles a las personas que tienen experiencia de verdad en el asunto».[44]

Tras este conflicto tan marcadamente decimonónico subyace una frustración más conocida e intemporal: la que sienten las mujeres cuando el médico las sermonea sin escucharlas, pese a que ellas tengan información y experiencia de primera mano de las que carece el doctor. Estas jóvenes podían atestiguar cuáles eran los efectos de llevar corsé a diario. Podían demostrarles a los médicos que los corsés con ballenas delanteras más débiles eran los causantes de determinadas posturas. Podían, en colaboración con la comunidad médica, llegar a un entendimiento mutuo y beneficioso sobre el impacto del corsé y encontrar la mejor manera de mitigarlo si fuera necesario.

Sin embargo, para que esto sucediera, los médicos tendrían que haber estado dispuestos a considerar a las mujeres, si bien no como sus iguales, al menos sí como poseedoras de información valiosa sobre lo que implica ser mujer. Pero esto, quizá esté de más decirlo, no sucedió. Al contrario: los editores de *The Lancet* publicaron una réplica a «No soy una chica de otra época» en la que manifestaban esperar sinceramente que el corsé la asfixiara hasta matarla.

Querida Beth: Tengo escoliosis y mi médico quiere que me ponga un corsé. Mi amiga dice que a ella le bastó con hacer ejercicio e ir al quiropráctico, y que ahora está mejor, pero mis padres dicen que tengo que hacer lo que dice el médico.

«Ask Beth» ('Pregúntale a Beth'),
Los Angeles Times, 1990[45]

El fotógrafo levanta la cámara y la vuelve a bajar. Se aleja tres pasos, luego otro.

«¿Puede…?»[46] Se detiene en seco. Está claro que la respuesta, sea cual sea la pregunta, es «no». ¿Puede darse la vuelta? ¿Girarse hacia allá? ¿Inclinarse? ¿Sentarse? ¿Darse un baño?

¿Se puede mover?

Es evidente que no.

La chica en cuestión tiene catorce años. Cumplirá los quince antes de dejar el hospital, casi un año después de su ingreso. Un año dentro de la misma prisión de escayola, un año confinada a una cama. La escayola le cubre de la coronilla a las rodillas, y únicamente la deja expuesta a través de unas pocas aberturas en lugares estratégicos: una grande entre las piernas, para ir al baño; dos agujeros a modo de túnel a ambos lados de la cabeza, para oír; y, la más importante, una abertura completa que sigue la circunferencia de su caja torácica, donde han serrado la escayola en dos mitades enganchadas en uno de los lados por una palanca metálica, un tensor, que le da nombre al aparato.

Cuando introdujeron a la joven por primera vez en la escayola, la abertura con el tensor tenía el largo de su antebrazo. Ahora, en cambio, solo mide unos centímetros. Unos meses más y le habrán cortado toda la escayola. Entonces, la abrirán a ella para fusionarle las vértebras.

Hasta que llegue ese momento, no hay mucho que pueda hacer salvo permanecer tumbada. A veces habla con las otras chicas, o lo intenta, pero ellas están dentro de una escayola también y, pese a los agujeros para las orejas, cuesta oír más allá de la cama de al lado. En esa sala son diez, una línea recta de chicas jóvenes recubiertas de escayola, como orugas dentro de sus blancos capullos. Son dignas de ver, por eso está aquí el fotógrafo. Dentro de una semana publicarán un reportaje en el periódico y ellas se turnarán el diario para verlo. El titular: «Soldadores de columnas», en referencia a la cirugía posterior a la escayola.[47] Pero es precisamente la escayola lo que todo el mundo quiere ver, lo que el fotógrafo trata de captar retrocediendo unos pasos, en un intento de sacarla entera, pero sin lograr encajarla dentro del cuadro.

Vuelve a levantar la cámara.

«Vale. ¡Sonríe!», ordena.

Ella obedece.

Sin embargo, cuando sale el periódico la semana siguiente, la joven comprueba que no hacía falta que sonriera. Entre el ángulo de la fotografía y el grosor de la escayola, que le cubre la cabeza como si fuera un casco, no se le ve la boca.

* * *

Es sorprendente —aun tratándose de un sistema que a menudo marginaba, ignoraba, infantilizaba y silenciaba a las mujeres— lo poco que sabemos de las que padecieron escoliosis. Las vemos aparecer brevemente aquí y allá en la literatura, normalmente de espaldas, ya que suelen estar de pie, no miran a cámara y van desnudas de caderas para arriba: es la mejor manera de mostrar

una columna que necesita corregirse, no cabe duda; pero, en todos los casos, estas fotos son más eróticas que clínicas. En algunas, los paños que cubren a la paciente están bajados hasta dejar al descubierto la hendidura de las nalgas; en otras, la paciente apenas gira la cabeza, como si estuviera a punto de lanzar una mirada coqueta al espectador por encima del hombro.[48] Hay un tríptico llamativo de finales del siglo XIX en el que la paciente está de pie y desnuda de cintura para arriba tras un escritorio; lleva el pelo recogido en una gruesa trenza que le cuelga por encima del hombro izquierdo, que es más bajo que el derecho debido a la curvatura serpenteante de la columna.[49] En la siguiente, el decorado cambia: la mujer está de pie bajo un trípode de hierro, con los brazos levantados y doblados sobre la cabeza. Su médico, un hombre de nariz aguileña, suntuosa mata de cabello y enormes patillas, está de pie junto a ella.[50] Quizá esté observando el progreso de su tratamiento, pero, entre el ángulo de la fotografía y las sombras que le oscurecen los ojos, bien podría estar mirándole los pechos desnudos.

En la última fotografía, que al parecer fue tomada una vez finalizado el tratamiento, la paciente sigue sin mirar a cámara. Tiene la columna más recta, pero ya no está desnuda: al curarla, el doctor ha restaurado tanto su salud como su dignidad. No obstante, seguimos sin verle la cara.

Hay alguna que otra imagen, más moderna, en que la paciente mira a cámara. Observa desde detrás de la escayola con tensor que le cubre la cabeza como si fuera la toca extragrande de una monja; en algunas hasta sonríe, aunque solo sea por la costumbre o porque se lo ha pedido el fotógrafo.[51] Pero, incluso cuando nos sonríen, estas mujeres han sido particularmente despojadas de su voz. Quizá esto se deba a que, en otros campos, con otro tipo de enfermedades, los médicos estaban obligados a preguntar al menos por los síntomas y los antecedentes de sus pacientes para poder dar un diagnóstico, aunque luego los tacharan de ser inventos, psicosomáticos o producto de la histeria. En cambio, nadie

necesitaba preguntarle a una mujer si tenía la columna torcida; he aquí un diagnóstico al que los doctores podían llegar sin hablar con la paciente, e incluso sin siquiera mirarla a la cara.

Quizá sea este el motivo por el que la historia de la medicina y del sistema esquelético femenino, además de cosificarlas de un modo particular, trata a las mujeres de manera especialmente paternalista. La escoliosis, una afección padecida mayoritariamente por mujeres, parecía ser la prueba de que los frenólogos tenían razón: el esqueleto de la mujer no solo estaba menos evolucionado, sino que era tan primitivo que su propietaria era incapaz de caminar erguida como lo hacía el hombre sin que mediara la intervención del médico. Las prendas para moldear el cuerpo, causantes de tan hondas preocupaciones cuando se trataba de corsés que las mujeres elegían llevar por voluntad propia, se volvieron de pronto indispensables una vez reconvertidas en dispositivos médicos que las mujeres estaban obligadas a llevar. Los tratamientos favoritos para la escoliosis eran a menudo brutalmente disruptivos para las vidas de las jóvenes que debían soportarlos, a quienes les seguían diciendo en los años noventa del siglo pasado que estaban obligadas a obedecer a su médico cada vez que expresaban su desacuerdo.

El doctor Henry Robert Heather Bigg, uno de los pocos profesionales de la medicina que apoyó el corsé desde el principio, fue lo más parecido a un aliado según el concepto de «No soy una chica de otra época». En 1905, el doctor Bigg escribió que «no hace falta decirles a las mujeres que los corsés no son necesarios cuando ellas han acumulado experiencia de siglos que demuestra lo contrario».[52] Por desgracia, Bigg estaba también convencido de que el hecho de que los corsés fueran indispensables desde un punto de vista estructural se debía a la incapacidad de las mujeres de parecer normales sin ellos, sobre todo después de la pubertad y de dar a luz. Las mujeres eran demasiado frágiles y débiles para sostener el peso de su propio cuerpo. En su opinión, si no usaban el corsé adecuado, acababan padeciendo sin remedio «una horrenda desfiguración».[53]

Con todo, incluso los doctores que habían tomado todas aquellas fotos semipornográficas de sus pacientes sin rostro fueron, en muchos casos, bastante progresistas para la época. A esta categoría pertenece Louis Bauer, un cirujano ortopédico nacido en Alemania y emigrado a Estados Unidos tras pasar varios meses de 1848 en la cárcel por oponerse a la monarquía prusiana.[54] Lamentablemente, no extendió sus opiniones progresistas a sus pacientes con escoliosis, a quienes consideraba frágiles y poco evolucionadas —o, en el caso de los chicos, afeminados— y responsables, al menos en parte, de tener la columna deformada. Entre los factores de riesgo de la escoliosis identificados por Bauer estaban una dieta pobre o un estilo de vida sedentario, pero también «bailar con entusiasmo y trasnochar», lo cual sugería que las verdaderas causas de la curvatura eran, en esencia, cualesquiera cosas que Bauer considerara moralmente deleznables.[55] La escoliosis supondría también la continuación del conflicto, a la postre irresoluble, sobre si la ropa interior femenina era una cura para las deformidades o su causa. Bauer citaba la obra de otro médico, Beuring, quien responsabilizaba de la escoliosis a «no vestir la ropa adecuada; en especial, a llevar corsé».[56]

Luego está, por supuesto, la culpable favorita de todos los males según los médicos victorianos: la masturbación. Bauer afirmaba tener dos pacientes cuya afección derivaba de su inclinación onanista, mientras que el doctor Robert Tuttle Morris, cirujano y futuro presidente del American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos), planteaba la hipótesis de que las mujeres aquejadas de adherencias del clítoris desarrollaban hábitos masturbatorios que conducían a la pereza y esta, a su vez, a la curvatura de la columna.[57]

Llegado el siglo XX, algunos doctores empezaron a examinar con más detenimiento la relación entre el ejercicio con pesas y la escoliosis. En su artículo publicado en 1899, «The Treatment of Lateral Curvature of the Spine» [«El tratamiento de la curvatura

lateral de la columna»], el médico londinense Bernard Roth se lamentaba de que no se animara más a las jóvenes a estar físicamente activas: «Además de estar mucho más limitadas por su vestimenta, [a las chicas jóvenes] les falta, por lo general, una cuarta parte del ejercicio físico, como el críquet, el fútbol o el hockey, que sí tienen permitido y de hecho disfrutan los chicos jóvenes y los hombres adultos».[58] Roth había examinado mil estudios clínicos de escoliosis y llegado a la conclusión de que el mejor modo de tratar la afección era hacer ejercicio y adquirir buenos hábitos posturales. De la misma opinión era Lewis Albert Sayre, el médico de enormes patillas que aparece en las fotografías junto a la paciente en *topless* colgada por las muñecas de un gran trípode. Sayre, que trabajaba en el hospital Bellevue, en la ciudad de Nueva York, recomendaba hacer gimnasia para fortalecer los músculos del costado hacia el que se hubiera desviado la columna.[59]

Pero incluso entre los doctores que creían en el ejercicio como cura persistía la opinión de que la fragilidad femenina era un obstáculo a la hora de prescribir un tratamiento adecuado. Un estudio clínico de 1895, dirigido por el doctor Jacob Teschner, muestra el enorme desprecio con el que los médicos trataban a menudo a las mujeres. Teschner se lamenta de que su paciente, una joven de quince años llamada Martha, es «torpe, indolente, perezosa, poco aguda y desinteresada» a la hora de hacer los ejercicios prescritos; acto seguido, menciona de pasada que la escoliosis de la paciente ha mejorado considerablemente gracias al entrenamiento con pesas y que no hacía mucho la joven había conseguido levantar diez veces una barra de casi 23 kilos por encima de su cabeza (para quien no lo sepa, esto supera con creces la fuerza media de una mujer incluso para el estándar de 2022).[60]

El hecho de que Teschner viera a una joven de quince años hacer sorprendentes series de levantamiento de pesas y aun así la llamara «torpe» e «indolente» sugiere que algunos doctores estaban predispuestos a considerar a sus pacientes con escoliosis débiles, perezosas y desmotivadas, pese a tener ante sus ojos pruebas

convincentes de lo contrario. Esto podría explicar en parte por qué medidas debilitantes como el uso de la escayola con tensor acabó por eclipsar al resto y convertirse en la solución preferida para la escoliosis, en boga hasta bien entrado el siglo XX; incluso en el Hospital for Special Surgery, donde el periodista Karl Kohrs había escrito su reportaje «Soldadores de columnas» en junio de 1950.

Kohrs incluía diligentemente en su reportaje las declaraciones de los cirujanos, quienes aseguraban que a las pacientes adolescentes «no parece importarles» pasarse la mayor parte de un año inmovilizadas dentro de una escayola, aunque llama la atención que el periodista no se moleste en preguntar a las jóvenes qué opinaban al respecto.[61] Lo que parece más probable es que los doctores tampoco lo hacen, y no porque no les importaran las chicas, sino porque se daba por hecho que ellas se conformaban con una vida más tranquila y menos activa. La trascendental ley Title IX, que revolucionaría el deporte femenino, aún tardaría en llegar dos décadas.[*] Una joven que disfrutara realizando algún tipo de ejercicio estructurado o deseara practicar algún deporte se tildaba de rara, poco femenina y hasta un tanto basta. Visto así, seguro que no era tan duro estar encerrada en una prisión de escayola de aquellas, teniendo en cuenta que a sus ocupantes eso de moverse tampoco les importaba tanto.

Las jóvenes experimentan un desarrollo rápido en la adolescencia. Esa es la razón por la que se debe examinar su postura con mucha atención.

MORRIS FISHBEIN,
doctor en Medicina, médico estadounidense, 1937[62]

Desde finales del siglo XIX hasta la década de 1950 en adelante, la carga social, cultural y moral asociada al sistema esquelético femenino fue unida a la preocupación por la postura. Mantener una postura erguida de pie no solo era señal de buena salud, sino de pertenecer a la clase alta y estar en posesión de un carácter con

convicciones morales sólidas. Por el contrario, una postura encorvada sugería que algo no andaba bien ni en el cuerpo ni en el alma.

A medida que la conciencia de clase se introducía lentamente en la ya de por sí compleja interacción entre darwinismo, racismo, eugenesia y roles normativos de género que moldeaba el estudio del sistema esquelético, los doctores se apresuraban a incorporarla a su práctica médica. En 1922 apareció en la revista médica *The Lancet* un artículo dedicado a la postura en el que se señalaba lo siguiente: «Algunas razas primitivas que tienen el hábito de ponerse en cuclillas, e incluso muchos campesinos cuando están en casa, mantienen las rodillas y la espalda encorvadas y una postura y un modo de andar no mucho mejores que los de los simios más evolucionados. Por regla general, cuanto más civilizadas son las personas, mejor es su postura, aunque es imposible lograr una postura perfectamente erguida sin entrenamiento».[63]

Como suele suceder, un determinado grupo de médicos aprovechó la oportunidad para argumentar que la educación era nociva para la salud de las mujeres, debido en este caso a la desviación de columna provocada por pasar mucho rato encorvadas haciendo las tareas escolares. Según ellos, el lugar idóneo para un libro no era en las manos de una mujer, sino sobre su cabeza, en equilibrio: un remedio ideal para perfeccionar la postura.

En este caso, resulta igualmente imposible separar la idea de salud de las de moralidad y belleza. Del mismo modo que una figura saludable —léase esbelta— indicaba la capacidad de una mujer para controlar sus apetitos, una postura excelente revelaba un cierto nivel de disciplina corporal. También revelaba otra cosa, claro, como se apresuraron a señalar los médicos varones de la época. La edición de 1937 de *Modern Home Medical Adviser* [Consejos médicos para el hogar moderno] incluía la siguiente nota, firmada por el editor Morris Fishbein, a propósito de la postura: «Hay que meter la barbilla y el abdomen hacia dentro y sacar el pecho. Muchas jóvenes se preocupan por el desarrollo del busto y, al no comprender los

cambios que se producen, intentan esconderlo. Una mala postura puede deberse a colocar los hombros de manera que permitan encoger el pecho».[64]

Pese a las limitaciones de sus escritos acerca de los hábitos posturales femeninos, Fishbein era un doctor astuto y perspicaz, sobre todo en lo concerniente a los últimos avances en la salud reproductiva de las mujeres. En 1937, trece años antes de la introducción de la píldora anticonceptiva, Fishbein declaró que la prevención del embarazo era un asunto de interés médico y científico además de social, y predijo que llegaría el momento en que las mujeres pudieran recibir una «inyección que introdujera en su torrente sanguíneo alguna sustancia» que prevendría los embarazos durante un período largo de tiempo, quizá dos o tres años.[65] No obstante, pese a su capacidad para comprender la importancia que el control del embarazo tenía para las mujeres, no pudo evitar suponer que cuando una joven se encorva para proteger su busto de las miradas se debe sin duda a que es incapaz de comprender lo que le está sucediendo a su propio cuerpo y no a un deseo totalmente racional de evitar miradas lascivas.

Huelga decir que la cosificación de los cuerpos femeninos es un asunto cuya solución siempre ha estado fuera del alcance de los médicos. Si tiene cura, esta ha de ser cultural y social, no médica, y cuando Fishbein y otros doctores instruían a las mujeres en la postura adecuada, no estaban emitiendo un juicio normativo, únicamente se limitaban a describir la realidad y no lo que debería ser. Y, con todo, las mujeres de la época seguro que se daban cuenta de que una postura «saludable» equivalía a una postura que permitía exhibir sus cuerpos.

Las chicas son torpes tirando piedras no porque les falte práctica, sino debido a una peculiaridad natural de su estructura física.

JOHN HARVEY KELLOGG,
doctor en Medicina, *Plain Facts for Old and Young*

[Algunos datos para viejos y jóvenes], 1887[66]

John Harvey Kellogg, un médico de celebridades de principios del siglo XX a quien conoceremos mejor en el capítulo dedicado al tracto gastrointestinal, es famoso por creer que el estreñimiento provocaba la intoxicación del cerebro, por lo que no debería sorprender a nadie que albergara asimismo algunas ideas peculiares acerca del funcionamiento del esqueleto femenino. Además de teorizar sobre el hecho de que el cuerpo femenino estuviera construido de tal forma que lanzar una piedra le resultaba imposible (véase cita anterior), sugirió que las diferencias en su esqueleto con respecto al masculino causaban que las mujeres tuvieran «por lo general menos gracia y menos dotes naturales para el uso de las extremidades que los hombres; de ahí que estén menos cualificadas para el deporte y otros logros que requieren de gran habilidad».[67] (Esta sección de su libro termina haciendo, además, alusión a la frenología, lo que la convierte en un verdadero festín de disparates sexistas sobre el esqueleto.)

En su época, los comentarios de Kellogg estaban en perfecta sintonía con el arraigado consenso médico de que las mujeres estaban menos evolucionadas, eran más delicadas y poseían una estructura corporal diseñada exclusivamente para ser bellas y tener hijos: unas afirmaciones que armarían un buen revuelo si se formularan dentro de un aula hoy en día. La osteología hace tiempo que ha evolucionado y dejado atrás la idea de que el esqueleto de la mujer es inherentemente primitivo.

Entonces, ¿a qué se debe que sigamos refiriéndonos a estar en baja forma atlética con frases como «lanzas como una chica»?

Como siempre, las creencias que moldearon el estudio de los huesos en el siglo XIX siguen formando parte integral de la especialidad en la actualidad. Hace ya tiempo que la idea de que las mujeres no están hechas para moverse se ha transformado en otra, emparentada con la anterior: la de que a las mujeres no les gusta moverse, que la actividad física no es tan importante ni esencial en

sus vidas como lo es para la de los hombres. En la década de los cincuenta vimos expresar esta idea en la convicción, extendida entre los cirujanos especialistas en la columna vertebral, de que a una joven con escoliosis no le importaba pasarse meses inmovilizada dentro de una escayola, y persiste hoy en la manera en que los profesionales de la medicina abordan muchos de los problemas ortopédicos más comunes entre las mujeres.

Uno de estos problemas es el «hombro rígido», una capsulitis de la articulación del hombro que se da más comúnmente entre las mujeres mayores de cuarenta años. La dolencia, además de provocar una considerable reducción de la movilidad, es tan dolorosa que no deja dormir a las pacientes por la noche; sin embargo, hasta hace poco, el tratamiento más común para esta afección tan dolorosa y disruptiva era no tratarla en absoluto.

«Lo llamaban "negligencia benévola" porque con el tiempo la dolencia mejoraba sola. Habían hecho algunas investigaciones que mostraban que era un problema temporal; es decir, que solía resolverse en un período de dos años. Pero lo cierto es que, en esa época, el 98 por ciento de los cirujanos ortopédicos y especialistas del hombro eran hombres. A ellos no les afectaba la dolencia», cuenta Beth Shubin Stein, codirectora del centro de medicina deportiva para mujeres del Hospital for Special Surgery de Nueva York.[68]

Este abordaje del problema se propuso inicialmente en los años cuarenta, si bien presentaba dos fallas importantes. Por un lado, la misma noción de negligencia benévola estaba fundamentada en la suposición de los médicos de que para una mujer era «benévolo» pasarse meses, incluso años, con la movilidad reducida.

Pero lo más importante es que se equivocaban: el problema no desaparecía con el tiempo.

En 2017, esto es, casi sesenta años después de que los doctores decidieran que no hacía falta tratar a las mujeres de mediana edad del hombro rígido puesto que no era del todo necesario que pudieran mover los brazos, un artículo publicado en la revista

Physiotherapy afirmó no haber hallado ninguna prueba que apoyara la teoría de que el hombro rígido se cura solo.[69] De hecho, lejos de lo que prometía la negligencia benévola —una resolución fácil e indolora a la que se llegaba sin hacer nada—, las pacientes sufrían «limitaciones persistentes que se prolongaban durante años».

¡Vaya!

Las pacientes con hombro rígido no solo tenían que enfrentarse a la idea de que estar inmovilizadas era *peccata minuta* para las mujeres, sino también a otro tipo de prejuicio con el que, a estas alturas, ya se ha familiarizado cualquier estudiante de Historia de la Medicina: todo problema que afecte principalmente a las mujeres debe de tener un componente psicosomático. En 2006, Jo Hannafin, una cirujana ortopédica que lleva mucho tiempo presionando a la comunidad médica para que examine con más detenimiento las causas del hombro rígido, publicó un artículo en el que mencionaba, entre otras cosas, una evaluación de la salud mental a la que se sometía a las pacientes tratadas de la dolencia. En el artículo se puede leer esta asombrosa frase —que parece responder a una cuestión que cuesta creer que fuera necesaria—: «Los investigadores sugerían que las pacientes que se recuperaban de la capsulitis adhesiva no padecían ningún trastorno emocional, psicológico o de personalidad inherente».[70]

En la actualidad, el hombro rígido en la mujer está empezando a tomarse más en serio y a tratarse de un modo similar a otras lesiones parecidas que afectan a los hombres: con inyecciones de esteroides. Sin embargo, tal y como señala Shubin Stein: «Ha tenido que pasar mucho tiempo».

Por otro lado, a la ciencia le sigue costando ponerse al día en lo que respecta a los problemas del esqueleto que de verdad afectan a las mujeres de un modo diferente. Uno de los mejores ejemplos en este sentido es la lesión de ligamento cruzado anterior (LCA), que afecta a diez mujeres jóvenes por cada joven varón, y que yo misma padecí a los catorce años. Pese a que el médico que me atendió era excelente y considerado, no tardó en asomar un doble rasero

sexista: en lugar de curar la lesión, el doctor creyó conveniente esperar unos cuantos años hasta que yo estuviera segura de que iba a necesitar de verdad la rodilla. Me dio una palmadita en la mano y dijo: «Vamos a ver lo activa que acabas siendo».

Por suerte, incluso en los últimos veinte años, las cosas han mejorado en este aspecto. En la actualidad, a una joven activa de catorce años que presentara la misma lesión le harían una reconstrucción inmediata. Por desgracia, sigue sin haber paridad de género en el tratamiento de la lesión de LCA, en particular, en los casos en los que un trato igualitario requiere prestar atención a los factores que hacen que la estructura ósea de una mujer sea única. Las mujeres sufren este tipo de desgarros por razones y de maneras distintas a los hombres. Requieren una fisioterapia diferenciada para curarse, así como líneas de investigación también diferenciadas con el fin de determinar no solo cómo tratar la lesión, sino también cómo prevenirla. Y, aun así, la comunidad científica sigue atascada en la pregunta de qué información es útil en lo que respecta al cuerpo femenino. Beth Shubin Stein cuenta que, en un momento dado, los investigadores se obsesionaron con la idea de que el ciclo menstrual era un factor de riesgo de la lesión de LCA y comenzaron a invertir ingentes cantidades de dinero en investigarla.

¿Es esto tan malo como aquellos tiempos aciagos en que los científicos analizaban la topografía de los cráneos de las mujeres en un intento de demostrar que su intelecto estaba tan por debajo del de los hombres que no podían ser tratadas como sus iguales? Desde luego que no, y los investigadores que trabajan en un posible vínculo entre el ciclo menstrual y la lesión de LCA seguro que se sentirían horrorizados e indignados ante tal insinuación. Sin embargo, poner la menstruación en el centro del debate recuerda aquella idea arcaica de que las mujeres son anatómicamente inadecuadas para ciertas actividades o determinados roles.

«A fin de cuentas, es un factor de riesgo que no se puede modificar», apunta Shubin Stein, en el sentido de que no es posible cambiarlo. Por otro lado, uno de los factores más comunes de

cuantos contribuyen a la lesión de LCA en las mujeres es la posición que adoptan sus pies y sus piernas al llevar a cabo alguna actividad que carga la articulación de la rodilla; es decir, un factor de riesgo que sí es modificable. Sin embargo, a la hora de investigar cómo pueden cambiar las mujeres sus rutinas de ejercicios o la colocación de los pies para mitigar el daño infligido a las rodillas, «el dinero no aparece por ningún lado», se lamenta Stein.

* * *

Suena *El lago de los cisnes* en la sala de espera de la consulta del endocrinólogo. Ella reconoce la obra desde la primera nota, ese quejumbroso lamento del oboe que siempre le ha recordado al llanto de una mujer. La música no tarda en subir *in crescendo* y Odette, toda de blanco, se despoja de sus alas y se adentra en el bosque. Allí se encuentra con un hombre, un desconocido, que le hace una reverencia y se acerca a ella mientras la música se vuelve gloriosa. Odette no lo sabe, pero su destino está sellado. No debería haber ido al bosque; no debería haber bailado con aquel desconocido. Al cabo de unos minutos, él le lanza un hechizo que la transforma en cisne.

La necesidad de levantarse, de bailar, es abrumadora. Han pasado décadas desde que interpretó el papel de Odette, pero se acuerda de todos y cada uno de los pasos de baile. Hay gente que llama a esto «memoria muscular», pero ella tiene la sensación de que es algo más profundo: la música que vibra en sus huesos.

Sin embargo, son sus huesos la razón por la que no se levanta, lo que le impide bailar y se lo ha impedido desde hace años. Sus pies, embutidos en unas zapatillas ortopédicas, no volverán a sentir jamás la sujeción de unas zapatillas de media punta.

Así que se queda sentada, oyendo cómo la música se eleva, hasta que la llaman por su nombre.

El destino de la paciente, igual que el de Odette, está sellado desde mucho antes de que ella fuera consciente, desde el momento

en que se despojó de las alas. El daño a su cuerpo se produjo hace muchos años, cuando era una mujer joven en la cúspide de su carrera. Sintió un cierto orgullo cuando dejó de menstruar. Suponía un nivel de control sobre su cuerpo que iba más allá de la gracia de su porte, de la precisión de los movimientos de sus pies. Era un dominio sobre la misma naturaleza. Nadie le dijo que pagaría un precio.

A los veinte era capaz de desafiar la gravedad saltando y haciendo piruetas bajo los focos como si fuera una criatura hecha de aire. A los cincuenta, la gravedad es un castigo: camina arrastrando los pies con cuidado, la columna encorvada, los hombros jorobados. Cuando le hicieron la primera resonancia, tenía la densidad ósea de una mujer de ochenta y cinco que llevara años confinada en una cama. Un fuerte apretón de manos podía fracturarle los dedos; un tropezón normal y corriente podía destrozarle la cadera.

Si alguien le hubiera explicado que ese iba a ser su futuro, ¿lo hubiera escuchado? Puede que sí o puede que no. Únicamente hizo lo que se esperaba de ella: no era ni mucho menos la primera bailarina que dejaba de menstruar mientras perfeccionaba su arte. Pero nadie se lo dijo.

Al contrario, la alabaron. Admiraron el cuerpo que se había esculpido, su fuerza y su gracia, sus protuberantes clavículas y su esternón, tan pronunciados que parecían alas.

«Has nacido para bailar», le decían.

«Se te pueden contar las costillas», le decían.

Sonreían al decirlo, y ella también.

* * *

La idea de que el esqueleto femenino es un objeto frágil y bello es menos evidente ahora que en la literatura del siglo XVIII, aunque no ha desaparecido, como tampoco lo ha hecho la carga cultural asociada a ella. Una delgadez tan extrema que sobresalgan las clavículas no solo sigue siendo una señal de belleza, sino de estatus.

No es posible estar demasiado delgada ni ser demasiado rica, pero lo más probable es que una cosa vaya emparejada con la otra.

El venerado estatus de estar en los huesos tiene sus repercusiones médicas en forma de osteoporosis, una dolencia que afecta a las mujeres de manera desproporcionada. Esto se debe en parte a los cambios naturales que se producen en el cuerpo durante la menopausia —la pérdida de estrógeno debilita los huesos de la mujer—, pero también a factores culturales. La bailarina de élite que entrena con tal intensidad y come tan poco que deja de menstruar se provoca en los huesos un daño inenarrable pese a que la sociedad la considere un modelo de fuerza femenina. Lo mismo le sucede a la mujer que evita los ejercicios con pesas por miedo a volverse corpulenta. La osteoporosis es también un riesgo que corren las mujeres de cualquier edad que reciben terapia de inhibición de estrógeno; una amenaza que espera acechante a mis pacientes en los pasillos incluso en el momento en el que están luchando por sus vidas.

El panorama médico en torno a la osteoporosis es tan confuso y está tan entremezclado con aquella primitiva asociación entre esqueleto femenino y fragilidad que sigue siendo un reto diagnosticar y tratar la enfermedad. Muchas de mis pacientes, conscientes de los riesgos de sufrir una pérdida acelerada de masa ósea, tienen también muy presentes algunos de los devastadores efectos secundarios del tratamiento para la osteoporosis —y los temen de verdad—, entre los que se incluye una poco común pero espantosa dolencia conocida como «osteonecrosis mandibular». Saber cuál es la línea de acción idónea sigue siendo una tarea complicada para los médicos; la ciencia que rodea a los tratamientos más seguros y eficaces todavía va a la zaga. Hay mujeres que rehúsan tratarse la osteoporosis a pesar de haber sido diagnosticadas. Otras, mujeres activas con una apariencia tan saludable que a nadie se le ocurriría investigar en qué condición está su osamenta, podrían no haber sido diagnosticadas siquiera, hasta que una caída accidental deviene en una lesión catastrófica.

La distancia que separa la apariencia externa y la anatomía interna resulta también particularmente devastadora en el caso de las mujeres que destacan en ocupaciones predominantemente femeninas, como la gimnasia, el patinaje artístico o la danza, en las que lo que percibimos como el sumun del logro deportivo puede estar enmascarando la presencia de debilitantes enfermedades del tejido conjuntivo como el síndrome de Ehlers-Danlos. Quienes padecen esta enfermedad, mujeres en el 70 por ciento de los casos, sufren de una hipermovilidad tan extrema que se les pueden acabar dislocando las articulaciones mientras duermen.[71] Sin embargo, a menudo tardan más de diez años en ser diagnosticadas debido a una predisposición generalizada, incluso entre los médicos, a dar por sentado que la flexibilidad no solo es un rasgo femenino natural, sino un don deseable. Una compañera mía de clase de la facultad, una exbailarina que había sufrido dolores en las articulaciones durante años y se había dislocado la rótula media docena de veces, no fue diagnosticada hasta que ella misma, que ejercía de tutora en el Johns Hopkins, reconoció sus propios síntomas mientras pasaba planta con sus alumnos para estudiar las enfermedades del tejido conjuntivo.

Dicho esto, cada vez hay más consciencia sobre este tipo de trastornos que afectan de manera desproporcionada a las mujeres, y la salud del esqueleto femenino se está tratando con más curiosidad y atención que nunca. No hay duda de que se observa un cierto progreso en el mero hecho de que haya desaparecido el desprecio manifiesto hacia las mujeres que caracterizó en su día este campo —ningún doctor en la actualidad le desearía a ninguna mujer (como hicieron los editores de *The Lancet* en 1869) morir asfixiada por su propia ropa interior a modo de castigo por desobedecer sus recomendaciones ni dictaminaría que las adolescentes son las causantes de la desviación de sus columnas por masturbarse demasiado—, pero la mayor diferencia la marca una oposición activa, desde dentro y a menudo protagonizada por mujeres doctoras, a las fuerzas combinadas de la cosificación y el

paternalismo que han dominado durante tanto tiempo la medicina ortopédica.

Doctoras como Beth Shubin Stein están trabajando para disipar la persistente sensación de que la medicina ortopédica es una especie de club masculino. Los mitos generalizados que dominan el campo desaniman a las mujeres: «"Tienes que ser culturista para ser cirujano ortopédico". "Te tiene que gustar trabajar con herramientas eléctricas"», dice, citando algunas de las concepciones erróneas que desalientan a las doctoras a especializarse en ortopedia. El origen de estas ideas no es difícil de rastrear: en el pasado, los instrumentos quirúrgicos de la medicina ortopédica se fabricaban tomando como modelo el tamaño y el agarre de las manos masculinas, mientras que otros equipos, como los escudos de protección para la radiación empleados en la mayoría de los laboratorios ortopédicos, no protegían adecuadamente los pechos de las doctoras porque habían sido diseñados para los torsos masculinos. No obstante, la cada vez mayor presencia de mujeres en la medicina implica que este tipo de problemas dejen de pasar desapercibidos, igual que algunas de las manifestaciones menos sutiles de la idea arcaica según la cual los huesos y los cuerpos de las mujeres se entienden mejor en términos de su valor estético que como fuente de conocimiento médico. En 2014, sin ir más lejos, el manual *Examination Techniques in Orthopaedics* [Técnicas de exploración en ortopedia], publicado por Cambridge University Press, incluía imágenes de exploraciones a pacientes pechugonas —salvo algunos casos, más bien manoseos— a manos de un hombre cuyo rostro no vemos; las mujeres de las fotos van en ropa interior y la expresión en su rostro es ligeramente provocativa.[72] Queda claro que los autores de este libro de texto no contemplaron la posibilidad de que algunos de los aspirantes a cirujano que consultaran sus páginas fueran mujeres; tras las burlas que recibió por parte de las mujeres doctoras y de la prensa internacional, es un error que no volverán a cometer.

En lo que respecta a sus necesidades como pacientes, las mujeres están encontrando su voz, y el mundo empieza a escucharlas por fin. Mujeres con enfermedades del tejido conjuntivo como el síndrome de Ehlers-Danlos están utilizando las redes sociales para conectarse y movilizarse con el objetivo de conseguir mejores diagnósticos y tratamientos para los males que el *establishment* médico lleva años ignorando. Algunas *influencers* como la paralímpica Jessica Long se dedican cada día a sensibilizar a la población sobre los retos a los que se enfrentan las mujeres con miembros amputados para encontrar prótesis con un diseño adaptado a sus cuerpos y sus vidas.[73] Por su parte, Omri Ayalon, cirujano de manos y codirector del Center for Amputation Reconstruction de la NYU (Centro para la reconstrucción de miembros amputados), cuenta que los médicos están aprendiendo a cuestionar sus propios prejuicios a la hora de decidir qué prótesis son mejores para sus pacientes mujeres otorgándoles más poder de decisión en lo que respecta a sus cuidados. El campo de las prótesis ha avanzado a toda velocidad en las últimas décadas y los doctores sienten a menudo un comprensible entusiasmo ante la idea de dotar a sus pacientes con los miembros biónicos más punteros, capaces de restablecer las funciones en unos niveles sin precedentes.[74]

«Parece de ciencia ficción, nos permite darles a estas personas unas manos que funcionan», explica Ayalon.[75] Una mujer que había perdido cuatro dedos en un accidente laboral fue quien le abrió los ojos y le permitió entender que la funcionalidad tiene sus limitaciones: no todo el mundo quiere una mano que parezca la de Terminator.

«Resultó que a ella la funcionalidad le daba exactamente igual. En cambio, la apariencia, el elemento cosmético, le importaba muchísimo. Pero no es que le vayan a hacer una restaurativa en silicona más bonita a una mujer que a un hombre. Hacen lo que les pidamos que hagan», añade.

En este caso, debido a que la paciente insistió en que prefería una mano bella a una funcional —y porque su doctor confió en que

ella sabía cuáles eran sus prioridades en cuanto a la restauración de sus dedos perdidos—, Ayalon pidió al laboratorio que confeccionara una prótesis que se pareciera asombrosamente a un miembro real y que permitiera a la paciente desenvolverse en sociedad sin que su discapacidad llamara la atención. El resultado fue toda una revelación para la paciente y para su médico. En la actualidad, Ayalon describe estas prótesis de cariz más cosmético con el mismo entusiasmo que le inspiran los miembros biónicos de «ciencia ficción» articulados.

«Lo digo en serio, en las manos estas de silicona no se nota que hay una amputación. ¡Son increíbles!», concluye.

Hace mucho tiempo, los médicos y los antropólogos postularon que las mujeres tenían unos esqueletos tan frágiles y primitivos porque no habían evolucionado del todo. Examinaron concienzudamente el volumen interno de los cráneos femeninos en busca de pruebas que corroboraran su inferioridad intelectual. Como resultado, desarrollaron un campo de especialización fundamentado en la creencia de que las mujeres no estaban hechas para el mundo. El reto actual —que tanto médicos ortopédicos como pacientes deben encarar juntos— es abandonar aquellos principios sesgados en favor de un nuevo paradigma en el que el mundo y el sistema médico estén hechos también para las mujeres.

3

MÚSCULO

SISTEMA MUSCULAR

¿Quién es el más débil?

En toda la historia de la medicina puede que no haya un caso más trágico que el de la mujer cuya mente, cuerpo y salud general ha destrozado el uso de la bicicleta.[1] Físicamente destruida, mentalmente trastornada y tan grotesca como lamentable. Los labios exangües de llevarlos siempre apretados; los ojos desorbitados; la cara pálida, arrodalada y ojerosa, y la frente marcada de tanto fruncir el ceño. Bajo la barbilla se observa la antiestética hinchazón de rana toro propia del bocio, una señal que delata un esfuerzo excesivo. Tiene los músculos hiperdesarrollados, es corpulenta y no se le aprecian curvas; arrastra desgarbada los pies al caminar a causa de una deformación de la pelvis provocada por pasar demasiado tiempo sentada en el sillín.

Sin embargo, el mayor de todos los males permanece oculto a la vista: los labios vaginales de la paciente se han endurecido como resultado de las continuas magulladuras provocadas por el sillín, sus órganos reproductores se han desordenado y se le empieza a perforar el apéndice.[2] Y no hablemos de su mente, peligrosamente inestable, cada vez más proclive a la locura.[3]

La prognosis es desalentadora. La salud de la paciente seguirá deteriorándose. Su inestabilidad mental, que ahora ha empezado a manifestarse en una extraña predilección por llevar vestimenta de ciclista, nada favorecedora ni femenina, adoptará con el tiempo

formas cada vez más siniestras. Masturbación compulsiva. Manía homicida. Si sobrevive, no se casará nunca, no tendrá hijos, no conocerá nunca la plenitud de una buena vida recta.

La literatura médica de comienzos del siglo XIX está plagada de advertencias sobre los peligros de montar en bicicleta para la salud física y mental de las mujeres. Esta paciente —destrozada por el exceso de ejercicio, con los ojos saltones, la mente deshecha y los genitales desfigurados— ocupa una página tras otra de las revistas médicas, los periódicos y las insistentes cartas de los médicos, que albergan la esperanza de conseguir con ellas desviar a las mujeres vulnerables de tan pernicioso camino. Ella es eso en lo que no quieres convertirte, lo que debes evitar a toda costa poniendo todo tu empeño.

Solo hay una cosa que, entre tanta imperiosa advertencia, los doctores no mencionan ni una vez: esta paciente no existe.

* * *

Mientras que en otros capítulos hemos conocido y conoceremos a pacientes reales, mujeres reales cuyos casos fueron páginas en blanco donde se proyectaron innumerables prejuicios médicos primigenios, el consenso de que el ejercicio en general —y montar en bicicleta en particular— era nocivo y peligroso para la salud de las mujeres fue una total invención. La joven adolescente corrompida sexualmente por montar en bicicleta o la mujer que sufre un trastorno terrible conocido como «cara de bicicleta» fueron pacientes que no atravesaron nunca el umbral de la consulta de ningún médico. Eran fantasmas, el hombre del saco, invocados por un *establishment* médico y una sociedad profundamente alarmada ante la mera posibilidad de que las mujeres desarrollaran fuerza física, resistencia o —Dios no lo quiera— musculatura.

Curiosamente, el abandono de la salud muscular de las mujeres cuenta con un legado más complejo que el de muchas otras indignidades comparables de la historia de la medicina. Esto se debe

a que, al parecer, las sociedades de la Antigüedad se enfrentaron a la controversia de si el entrenamiento físico suponía una ayuda o un obstáculo para las mujeres. Por un lado, estaban las enseñanzas de Hipócrates, precursoras de la idea de que el cuerpo humano contenía una cantidad finita de energía y que, por tanto, una mujer que practicara deporte estaba desviando para ello valiosos recursos de sus órganos reproductores; se arriesgaba, además, por supuesto, a provocar un peligroso desequilibrio en sus humores corporales si sudaba demasiado. Por otro lado, la existencia de mujeres gladiadoras en la sociedad de la antigua Roma sugiere que el tabú que proscribía el deporte entre las mujeres no estuvo exento de excepciones. Existe literatura de la época que establece una asociación positiva entre las habilidades reproductivas de la mujer y su competencia en el combate físico: si es lo bastante fuerte para luchar, cabe suponer que tenga más posibilidades de sobrevivir al parto.

Con todo, incluso aquel espectáculo de mujeres blandiendo espadas y escudos desataba los temores a una alteración del orden social en caso de que las mujeres decidieran empezar a tomarse más en serio los entrenamientos y el deporte. En el 200 e. c., el emperador Septimio Severo prohibió oficialmente la participación de las mujeres en el anfiteatro alegando su preocupación por que un populacho demasiado acostumbrado a abuchear y jalear los espectáculos de mujeres gladiadoras no tardaran en expandir sus horizontes y empezar a faltarles al respeto a las mujeres en general.[4] Aun así, había otro objetivo, más acuciante quizá: mantener controladas las ambiciones deportivas de las mujeres. El anfiteatro tenía un pase, pues era más teatro que deporte (algo así como comparar la farsa contemporánea de los combates televisados de lucha libre de la WWF con las competiciones profesionales de lucha libre: tienen poco que ver). Pero, si dejaban a las mujeres entrenar para el anfiteatro, con el tiempo querrían participar en los deportes, incluso en los Juegos Olímpicos. El espectáculo de ver a dos mujeres dándose una paliza en un torneo teatralizado con

espadas era una cosa, pero la idea de que compitieran de verdad era otra muy diferente, el tipo de perturbación que haría tambalear los cimientos de la sociedad.

Unos seiscientos años después, esas mismas preocupaciones se manifestaron a propósito de una nueva amenaza: la bicicleta. La horripilante idea de una mujer con los músculos marcados —por no mencionar la afición a llevar pantalones— no fue más que el principio. La bicicleta era un vehículo que permitía a la mujer ejercitar no solo su cuerpo, sino también su autonomía. La bicicleta representaba libertad, y competición, y la posibilidad de que una mujer se apartara lejos de su hogar sin ayuda de nadie; por tanto, representaba también una miríada de crecientes temores ante los alarmantes efectos de la liberación de los roles de las mujeres como esposas, madres y salvaguardias del ámbito doméstico. Y, pese a que los doctores quizá se hubieran avenido a apreciar los efectos positivos de montar en bici para la salud de las mujeres de haber actuado por voluntad propia, la cultura del momento exigió la respuesta contraria: entonces, como ahora, controlar los cuerpos de las mujeres resultaba mucho más fácil —y parecía mucho menos siniestro— si se hacía ver que contaba con el respaldo de la ciencia.

No te asustes. No te desmayes en medio del camino. No lleves gorra de hombre. No lleves ligas apretadas.

No presumas de tus largos paseos. No critiques las «piernas» de la gente. No lleves mallas de colores chillones. No desarrolles «cara de bicicleta».

No rechaces ayuda para subir una cuesta.

No uses jerga de ciclista, déjalo para los chicos. No salgas de noche sin escolta masculina. No enciendas una cerilla en el trasero de tus

pantalones bombachos. No hables de pantalones bombachos con todos los hombres que conozcas.

No montes en público hasta que hayas aprendido a hacerlo bien. No te excedas. Que montar en bicicleta sea una actividad ociosa, no un trabajo. No ignores las leyes de circulación porque seas mujer.

No te imagines que todo el mundo te mira.

Extraído de una guía para mujeres ciclistas
publicada en varios periódicos en 1895[5]

Si bien la bicicleta había existido en diferentes formatos durante la mayor parte del siglo XIX, su repentina omnipresencia como actividad de ocio a partir de la década de 1890 —y su popularidad entre mujeres y jóvenes en particular— hizo que cundiera un pánico de orden moral. Además de las guías con las normas de etiqueta como la mencionada anteriormente, los periódicos publicaban noticias gráficas de sangrientos accidentes ciclistas y editoriales en que lamentaban la amenaza que suponía la bicicleta para la sociedad civilizada. En este hervidero de sentimientos anticiclistas, el *establishment* médico se sintió muy presionado a condenar su uso, sobre todo entre los miembros de la sociedad considerados más frágiles, corrompibles y necesitados de protección. No tardó mucho en aparecer un corpus dilatado de textos que condenaban el uso de la bicicleta entre las mujeres por considerarlo peligroso para el físico y depravado para la moral.

En 1896, un año después de que los periódicos de todo el país identificaran la «cara de bicicleta» como una moda que había que evitar, el médico británico Arthur Shadwell le imprimió el sello adicional de trastorno médico con un artículo publicado en la *National Review* que llevaba el inquietante título «Los peligros ocultos de montar en bicicleta».[6]

«Hace algún tiempo llamé la atención sobre el peculiar aspecto tenso y duro que tan a menudo se asocia a este pasatiempo y lo bauticé como "cara de bicicleta". Que desde entonces se haya adoptado mayoritariamente el término indica el reconocimiento generalizado de su idoneidad. En unos la "cara" está más marcada y en otros, menos, pero casi todos la tienen, excepto los niños pequeños», escribió Shadwell.[7]

En su opinión, montar en bicicleta acarreaba para cualquiera el riesgo de desequilibrios físicos y mentales, si bien fue a las mujeres a quienes les reservó las advertencias más terroríficas. El artículo incluía muchas historias extraídas de supuestos estudios clínicos que más bien parecían leyendas urbanas, como el de la desventurada joven «sana, bastante más fuerte que la media» hasta el aciago día en que empezó a montar en bicicleta: «Aparentemente, puede hacer lo mismo que los demás en los paseos cortos. Un día va más lejos, no mucho, puede que quince kilómetros; el resultado: el desplome total, y ha de pasar varios días en cama».[8]

El desplome total era solo uno de los riesgos de la bicicleta a los que se exponían las mujeres jóvenes. Shadwell advertía también de otros como agotamiento, nerviosismo, ansiedad, bocio, inflamación interna, disentería crónica e infertilidad, por nombrar solo unos cuantos. Muchos de estos casos se asociaban concretamente con recorrer distancias más largas y no tanto con la mecánica de montar en bicicleta en sí. Shadwell y otros como él reconocían a regañadientes que las mujeres podían montar en bici, pero es imposible no ver el mensaje implícito: lo hiciera en bicicleta o por otros medios, grandes peligros aguardaban a la mujer que se saliera mucho del tiesto, que se alejara demasiado de su hogar.

Por otro lado, pese a que el *New York World* las exhortaba a no imaginar «que todo el mundo te está mirando», nadie culparía a las ciclistas por llegar a la conclusión de que había muchas personas, incluidos los médicos, que sí que las estaban observando y emitiendo juicios muy duros sobre lo que veían. Los medios y los médicos armaron un buen revuelo por la vestimenta de las ciclistas,

en la que veían una señal inequívoca de la locura manifiesta de sus portadoras: «Si los comisionados para la locura* han catalogado a todas las mujeres que han visto en atuendo de ciclista de dementes, no cabe duda de que lo han hecho cumpliendo con su deber», declaraba un artículo de *The New York Times* de 1896.[9] Ese mismo año, el *Journal of the American Medical Association* acogió un debate en torno al uso de la bicicleta en el que el director general de Salud Pública estadounidense, John Hamilton, se lamentaba de «una costumbre y una postura que convierten a noventa de cada cien mujeres en un espectáculo ridículo».[10]

En lo concerniente a la postura, a muchos médicos les obsesionaba particularmente el sillín y sus posibles efectos sobre el cuerpo femenino, en especial el impacto de montar en bicicleta en el embarazo, el parto y la crianza. El mencionado artículo del *Journal of the American Medical Association* incluía unas aseveraciones de envergadura sobre el impacto fisiológico del ciclismo: «Una mujer, sobre todo si es adolescente, no puede estar sentada sobre una cuña sin dañar las estructuras superiores y deformar la pelvis»,[11] pero incluso los doctores que no estaban de acuerdo con Hamilton en cuanto a los efectos dañinos de los sillines tenían dificultades a la hora de aportar argumentos que no tuvieran que ver con la reproducción. Al igual que los defensores de las mujeres gladiadoras de hacía mil años, quienes razonaban que las mujeres ciclistas no corrían peligro postulaban que este tipo de ejercicio podía fortalecer la pelvis y, en consecuencia, mejorar la eficacia de las mujeres a la hora de gestar y dar a luz. Aun así, las voces críticas se burlaron de esta idea. En 1898, el *Journal of the American Medical Association* volvió a publicar un editorial, esta vez del doctor A. C. Simonton, quien refunfuñaba sobre lo irrelevante de aquel debate sobre la pelvis. Pese a que montar en bicicleta «puede deformar la pelvis —insistía Simonton—, el efecto a la hora de facilitar el parto será escaso o nulo»[12] debido a que el canto de sirena de la bicicleta tendrá a las mujeres demasiado ocupadas subidas en ellas como para quedarse embarazadas: «¿Aparcará su vehículo rodado la

conductora el tiempo suficiente como para tener un bebé, por no hablar de criar a una familia de tamaño considerable?»,[13] preguntaba retóricamente antes de lamentarse de que una mujer ciclista con descendencia era una idea tan absurda que él no tenía constancia de que existiera tal cosa.

Pero como todo esto sucedía en la época victoriana, lo que más les interesaba a los médicos no era el impacto de montar en bicicleta en la anatomía, sino en la conducta. Y, en este sentido, todos estaban de acuerdo: lo peor de las bicicletas era que las mujeres podían —y querían— usarlas para masturbarse.

El asunto no se limitaba a las bicicletas, por supuesto. Los médicos de la época estaban obsesionados con el fantasma de la masturbación femenina como una causa o un síntoma —o ambas cosas— ligado a una espectacular retahíla de enfermedades (un fenómeno analizado con detenimiento en varias partes de este libro). En cambio, en este caso la naturaleza sexualmente estimulante del sillín constituye un notable ejemplo de cómo el *establishment* médico llega a una conclusión antes de investigar como es debido, y ningunea de paso a las mujeres que contradigan sus suposiciones tachándolas de mentirosas nada fiables.

Entre los médicos convencidos de la relación entre bicicleta y abuso onanista estaba el doctor Robert Latou Dickinson, un ginecólogo al que conoceremos más a fondo en el capítulo dedicado a la reproducción. En 1895, Dickinson publicó en una revista médica un artículo titulado «Bicycling for Women from the Standpoint of the Gynecologist» [«El uso de la bicicleta entre las mujeres desde el punto de vista del ginecólogo»],[14] en el que prestaba especial atención al impacto de montar en bici en la salud sexual de las mujeres. Resulta irónico que la suya fuera la primera, y prácticamente la única, disertación que abogaba con vehemencia por que se permitiera a las mujeres montar en bicicleta, si bien su defensa era en muchos aspectos más absurda y ofensiva que las diatribas en contra. Dickinson admitía sin reparos que no había dado con ningún caso de una mujer convertida en masturbadora crónica

por montar en bicicleta, lo cual no impidió que creyera necesario adoptar todas las medidas posibles para evitar que llegara a suceder: «Es perfectamente concebible que, en determinadas circunstancias, el sillín de la bicicleta pueda generar y propagar este horrible hábito», escribió.[15]

Dichas circunstancias existían principalmente en la imaginación de Dickinson, por supuesto, que era de lo más vívida. Creía asimismo que él era capaz de identificar a una masturbadora por el tamaño y la forma de sus genitales, una teoría que intentó probar mediante bocetos detallados que darían paso a esculturas de arcilla de las partes íntimas de sus pacientes. De lo que sí estaba convencido Dickinson era de que montar en bici, suponiendo que se hallara el modo de reducir el riesgo de que las mujeres obtuvieran satisfacción sexual al hacerlo, aportaba beneficios si se practicaba con moderación; podía ser incluso una cura para todo, desde una predisposición nerviosa hasta los dolores menstruales. En esto coincidía el doctor George S. Brown, quien en 1896 firmó una refutación, publicada en el *Journal of the American Medical Association*, a la diatriba contra la bicicleta del ex director general de Salud Pública. Brown pensaba que las niñas, confinadas en guarderías donde pasaban el tiempo jugando tranquilamente con muñecas y otros «entretenimientos inanes», se estaban convirtiendo en personas con «el rostro pálido, los ojos apagados y aquejadas de estreñimiento» como resultado de una escasa actividad física.[16] Y añadía que, por muy malo que fuera montar en bici, no cabía duda de que dejar a las jóvenes en casa cruzadas de brazos tendría consecuencias mucho peores, dado que «la ociosidad y los pensamientos eróticos siempre van de la mano».[17] En otras palabras, Brown creía que, lejos de servir como puerta de entrada a la masturbación, montar en bicicleta podía ser un mecanismo útil para prevenirla.

El debate confuso y contradictorio en torno a los peligros médicos de la bicicleta no se basaba, por supuesto, en nada científico, sino en el habitual nerviosismo social asociado a lo nuevo;

el mismo miedo que alentaba las historias de terror sobre la «cara de bicicleta» se puede encontrar a lo largo de la historia, incitando el pánico a todo: a los trenes, los teléfonos, las televisiones o las bandas melenudas de metal de los años ochenta. Un aspecto fundamental de este pánico en concreto es que no se circunscribía a los hombres; colectivos como la Women's Rescue League se opusieron también al flagelo de las mujeres en bicicleta. Su fundadora, Charlotte Smith, escribió una apasionada carta que apareció en periódicos de todo Estados Unidos en 1896, el mismo año en que el debate sobre la bicicleta se propagaba por las revistas médicas.

«El uso de la bicicleta por parte de las jóvenes ha contribuido a engrosar las filas de insensatas que acaban por dejarse llevar hasta acabar en el ejército de mujeres parias de Estados Unidos. En miles de casos, la bicicleta es la avanzadilla del demonio que ataca la moral y el físico», escribió Smith.[18]

Al final, la comunidad médica y los dictadores de la moral del momento conspiraron para acordar que las mujeres solo deberían usar la bicicleta con el consentimiento de su médico, una advertencia que no tardó en salir de las revistas médicas y pasar a la prensa generalista. «Ninguna mujer debería montar en bicicleta sin consultarle antes a su médico», anunciaba el *Harper's Weekly* en 1896.[19]

Sin embargo, al leer entre líneas las aseveraciones de que las mujeres ponían en riesgo su salud al hacer ejercicio sin supervisión, está claro que lo que en realidad se percibía no era una amenaza para el cuerpo, sino para el *statu quo*. Cuando en 1897 unos universitarios varones de la Universidad de Cambridge se manifestaron en contra de la admisión de mujeres en su facultad, colgaron de una ventana de Market Square una efigie de la «Nueva mujer», aquel terrorífico avatar del progreso social.

La efigie iba montada en una bicicleta.[20]

1. Hay que presentarse SIEMPRE con atuendo femenino cuando no se esté practicando o jugando al béisbol. Este reglamento sigue vigente para todas durante los *playoffs*, aunque su equipo no participe. UNA JUGADORA NO PUEDE APARECER NUNCA DE UNIFORME EN LAS GRADAS. TAMPOCO PUEDE LLEVAR PANTALONES LARGOS NI CORTOS EN PÚBLICO.

2. No están permitidos los cortes de pelo de chico y, por regla general, se debe llevar el pelo arreglado en todo momento; el pelo largo es preferible al corto. Hay que llevar siempre pintalabios.

Liga estadounidense de béisbol femenino profesional,
reglas de conducta para las jugadoras, 1943[21]

Pese a que el pánico que generaban los riesgos para la salud de la bicicleta pasó a un segundo plano a principios del siglo XX, persistió la preocupación por que las mujeres hicieran ejercicio. Constituye una prueba de la mentalidad de la época que los doctores, incluso los que pensaban que la actividad física pudiera ser beneficiosa para las mujeres, se pronunciaran con tanta insistencia sobre los riesgos de que el ejercicio las volviera masculinas, por no hablar de las amenazas que practicarlo entrañaba para su salud. Uno de estos doctores, Dudley A. Sargent, mostró un novedoso escepticismo ante la idea de que las mujeres fueran demasiado frágiles para el ejercicio, poniendo en entredicho el estereotipo victoriano de la mujer frágil y proclive al desmayo, así como las convenciones victorianas sobre la vestimenta —corsés incluidos— que dificultaba sus movimientos.

Pero incluso Sargent, que fue una excepción al recomendar a ambos sexos hacer ejercicio, se aseguró de distinguir entre ejercicio y deporte, y alimentó así la extendida sensación de que las mujeres no son aptas para lo segundo. En 1912, Sargent escribió un extenso artículo para el *Ladies' Home Journal* titulado «Are Athletics Making Girls Masculine? A Practical Answer to a Question Every Girl Asks»

[«¿Está volviendo el deporte más masculinas a las chicas? Una respuesta práctica a la pregunta que toda joven se hace»], en el que subrayaba que las mujeres únicamente deberían hacer un tipo muy específico de ejercicio para evitar sobrecargar el cuerpo o, lo que es peor, parecerse cada vez más a los hombres.[22]

Por muy tentador que resulte ver en Sargent a un machista de tomo y lomo —describió los «peligros» de que las mujeres aficionadas al deporte adquirieran «marcados rasgos masculinos» y recomendó que se modificaran los deportes y se rebajaran las exigencias de la competición para ajustarlas a la propensión femenina a sufrir «grandes perturbaciones emocionales»—, hay que señalar que no era tanto la idea de que una mujer desarrollara visiblemente su musculatura lo que lo inquietaba personalmente, sino que se daba cuenta de que este tema preocupaba seriamente a otras personas, incluidas las propias mujeres. De hecho, las opiniones de Sargent sobre las capacidades físicas de las mujeres se oponían a las convenciones de la época y además fueron extraordinariamente controvertidas: en la década de 1910, provocó un revuelo al declarar que la supuesta fragilidad física de las mujeres era un mito, una afectación diseñada para atraer la atención de los hombres, y que las propias mujeres eran cómplices de ello. Entre otras cosas, declaró que «la timidez y la tradicional inferioridad de la mujer en lo que respecta al físico y la valentía son una pose, ya sea consciente o no. Es el método que utilizan para invitar a que las persigan».[23]

De hecho, insistía Sargent, la mujer estaba menos evolucionada que el hombre —«Su naturaleza está más próxima a la del salvaje»—, de ahí que estuviera más capacitada para soportar la incomodidad física y que quizá fuera más idónea para el servicio militar. Cuando el *St. Louis Post-Dispatch* publicó los comentarios de Sargent, utilizó el provocativo subtítulo: «The Weaker Sex? No, Not Woman, But Man!» (‘¿El sexo más débil? No es la mujer, isino el hombre!’).[24]

Y vaya si provocó a la gente. Cada vez que Sargent sugería que las mujeres podrían ser deportistas, trabajadoras o soldados más capaces, sus argumentos eran recibidos con rechazo y burlas. «Los hombres viriles deberían oponerse a doctrinas tan perniciosas», declaraba una carta al editor,[25] mientras que otro columnista bromeaba: «La afirmación del doctor Dudley Sargent, de Harvard, de que las mujeres son más fuertes que los hombres y pueden aguantar más es recibida por una oposición generalizada, pero quizá tenga razón. ¡Solo hay que ver cómo aguantan las mujeres a sus maridos!».[26]

Comparados con sus comentarios de solamente unos años después, los textos de Sargent sobre el deporte femenino escritos en 1912 son mucho menos controvertidos y han sido claramente confeccionados para apelar a los miedos de su público y no a los propios: «No me tiembla la voz cuando digo que no hay pruebas atléticas ni deportes en los que no pueda participar la mujer, no solo sin miedo a lesionarse, sino con grandes posibilidades de triunfar. Sin embargo, en casi todos los casos se comprobará que las mujeres que son capaces de sobresalir en las disciplinas más duras y masculinas han heredado o adquirido rasgos masculinos».[27]

Y, sin embargo, pese a la preocupación generalizada por el aspecto masculino de las mujeres que practican deporte —que se sigue manifestando en la actualidad entre las mujeres que evitan levantar pesas para no volverse demasiado corpulentas—, la primera mitad del siglo XX estuvo marcada por la paulatina normalización del ejercicio gracias en gran medida a los esfuerzos de las propias mujeres, que empezaron a formar clubes deportivos informales en campus de universidades estadounidenses a partir de finales del siglo XIX. Llegados los años veinte, el 22 por ciento de las universidades estadounidenses contaban con programas de deportes para mujeres.[28] Al mismo tiempo, la figura femenina ideal había evolucionado desde la pechugona con cintura de avispa de la época victoriana a la *flapper*, más esbelta y con aspecto de muchacho, mientras que las prendas constreñidas de la primera fueron

sustituidas por vestidos más cortos y de cintura baja que daban mucha libertad de movimiento.

Dicho esto, el tema del entrenamiento muscular femenino siguió generando controversia y tensiones durante el primer tercio del siglo xx, una situación que el inicio de la Segunda Guerra Mundial y el éxodo masivo de jóvenes estadounidenses sanos que dejaban el deporte para hacer el servicio militar solo consiguió complicar, pero no erradicar. En la década de 1940, cuando las mujeres tuvieron que desempeñar las diferentes funciones que los hombres dejaban libres al alistarse para ir al frente, la necesidad hizo que se empezara a valorar su fuerza como una ventaja, en lugar de como algo de lo que avergonzarse.[29] La mascota más famosa de aquel momento fue Rosie *la Remachadora,* con su dura mandíbula y el mono remangado, mostrando un antebrazo y un bíceps musculosos.

Pese a todo, aquella aceptación no logró acabar con el tabú que envolvía la competición y el deporte. En la década de 1930, antes de que el país iniciara su participación en la guerra, hubo en Estados Unidos una reacción cultural en contra de los programas de deportes para mujeres que recordaba a los edictos de la antigua Roma contra las mujeres gladiadoras: el ejercicio como ocio o espectáculo era una cosa, pero la competición era otra bien distinta. Muchos programas deportivos universitarios para mujeres fueron cancelados y sustituidos por jornadas de deporte o clases de gimnasia, consideradas más femeninas y, por tanto, más socialmente aceptables.[30]

Si Rosie *la Remachadora* fue la representación visual de la actitud relajada de Estados Unidos respecto a la mujer como trabajadora manual, la All-American Girls Professional Baseball League (Liga estadounidense de béisbol femenina profesional o AAGPBL, por sus siglas en inglés) lo fue a la hora de mostrar el nerviosismo del país respecto a las mujeres deportistas. La AAGPBL, que fue la primera liga deportiva femenina profesional del país, se vio en una encrucijada en lo tocante a la imagen de sus jugadoras, sometidas a los más estrictos estándares de vestimenta y conducta.

Las dos primeras reglas de la liga —que prohibían a las jugadoras vestir pantalón y las obligaban a llevar pintalabios en todo momento — lanzaban un mensaje claro: para compensar sus destrezas deportivas en el campo, una mujer tenía que mostrarse como una caricatura de la feminidad fuera de él.

En muchos sentidos, fue una reinvención radical del deporte de competición, de las costumbres sociales, de cómo la feminidad y el ejercicio físico podían interactuar de una forma que se juzgara aceptable y del papel de los médicos en la definición de estos nuevos parámetros que definirían las vidas de las mujeres. A simple vista, las mujeres parecían más libres —y fuertes— que nunca. Pero, a pesar de que habían cambiado, las limitaciones no constreñían ni castigaban menos, obsesionadas aún con la idea de que había algo inapropiado y antinatural en una mujer musculosa.

* * *

La corredora sabe que la están observando. Nota la mirada de la gente sobre ella, una mirada insistente que le recorre el cuerpo entero y la sigue por todas las salas, que examina la anchura de sus caderas, la amplitud de sus hombros, su atlético pecho plano. Los susurros la persiguen, incluso hasta los vestuarios; las demás mujeres, sus contrincantes, hablan de ella tanto o más que los oficiales.

Las miradas y los susurros se prolongan durante días, hasta que ya no cabe duda de que la cuestión no es si la van a convocar, sino cuándo.

La sala de exploración es fría y aséptica. Hay tres doctores para llevar a cabo la evaluación, o al menos eso espera ella, que sean doctores. Los tres son hombres, los tres con el mismo rostro impasible, los tres tomando notas en cuadernos idénticos. No se presentan y no le preguntan el nombre, se limitan a pedirle que se desvista.

Ella obedece.

Ellos la observan.

Si tiene suerte, la mirarán concienzudamente nada más. Si no, las miradas no serán más que el principio; si la suerte no la acompaña, le pondrán las manos encima, o dentro de ella. Tomarán nota del tamaño de sus pechos y de la forma de sus genitales, y, si muestra algún signo de estar incómoda, también tomarán nota de ello. Cuando acaben de examinarla —después de toquetear, pellizcar y manosear su cuerpo desnudo sin hacerle una sola pregunta ni mirarla a los ojos—, se reunirán a deliberar y emitirán su veredicto.[31]

Mucho tiempo antes, la corredora se había sentado delante de un médico que le había auscultado los pulmones y tomado el pulso, y que le había dicho, encogiéndose de hombros, que estaba lo bastante sana para entrenar y competir si así lo deseaba. Esa fue la primera barrera que había tenido que derribar, pero, desde entonces, ha derribado muchas. Se ha ganado su lugar una y otra vez, carrera tras carrera, demostrando que es fuerte, rápida y lo bastante buena para resistir, demostrando que este es su sitio. Ha ganado en competiciones regionales, estatales y nacionales. En esta sala, en cambio, su cuerpo esbelto y potente no es una ventaja. Es un lastre. En esta sala, su fuerza, su velocidad y su resistencia no la benefician, porque lo que estos doctores intentan determinar no es si es lo bastante fuerte para competir contra las mujeres más rápidas del mundo.

Lo que intentan determinar es si es una mujer.

Y, cuando emitan su veredicto, la pérdida no se parecerá a ninguna otra. Se perderá una oportunidad, y también una identidad, al despojar a la corredora de su condición de mujer con la misma facilidad con que le han hecho despojarse de la ropa.

* * *

A lo largo de dos siglos, el debate médico en torno a la naturaleza, los límites y la aceptabilidad de la fuerza femenina se mantuvo en constante cambio y estuvo a menudo plagado de contradicciones

implícitas debido a que la antigua convicción de que las mujeres no podían hacer ejercicio dio paso al temor de que sus cuerpos y sus mentes se pervirtieran si lo practicaban (excepto entre quienes estaban convencidos de que la falta de ejercicio las pervertiría más si cabe). Sin embargo, en lo que respecta a la existencia de mujeres deportistas de élite, la comunidad científica solía estar de acuerdo: no es natural que la mujer destaque en los deportes de competición, y, si lo hace, es porque esa mujer es una perversión.

En 1896, el barón Pierre de Coubertin, fundador de los Juegos Olímpicos de la era moderna, insistió en que «por muy dura que sea una mujer deportista, su organismo no está hecho para soportar ciertos choques».[32] Unos años más tarde, De Coubertin se reafirmó: «En nuestra opinión, estas semiolimpiadas femeninas no son prácticas, ni interesantes, ni agraciadas, ni, me atrevo a decir, apropiadas».[33] Afortunadamente, no fue él quien tuvo la última palabra y los Juegos Olímpicos de 1900 acogieron por primera vez a mujeres en cinco disciplinas: tenis, vela, croquet, hípica y golf; aunque su opinión era representativa del consenso de que la competición deportiva de alto nivel no era lugar para mujeres.[34]

Como siempre, los argumentos culturales en contra de las mujeres deportistas —que carecían de interés, de feminidad y de atractivo— fueron respaldados por unas discutibles justificaciones médicas. Incluso los científicos de mentalidad más avanzada acababan recurriendo a esta argumentación intelectual en particular cuando se les preguntaba por las mujeres que competían en deportes tradicionalmente dominados por hombres. En 1926, cuando las deportistas hacían campaña a favor de su inclusión en más disciplinas, también en los deportes de invierno, un grupo de médicos alemanes emitió un categórico edicto oponiéndose a la participación de las mujeres en el salto de esquí: «En estos momentos, no hay necesidad ni motivos para organizar competiciones de salto para mujeres. En vista de que está sin resolver la cuestión de si el salto de esquí es apropiado para el

organismo femenino, hacerlo resultaría un experimento muy atrevido que desaconsejamos con vehemencia», escribieron.[35]

Resumiendo: si saltar era seguro o no para las mujeres estaba por resolver, pero, al mismo tiempo, era una cuestión demasiado «atrevida» para ser explorada siguiendo el proceso habitual de los estudios médicos. El resultado fue que los médicos se reafirmaran en su propia ignorancia durante décadas, a pesar incluso de que la existencia de saltadoras de esquí sin lesiones sugiriera que aquella teoría no se sostenía por ningún lado.

No obstante, cuando los médicos no estaban preocupados por si el esfuerzo físico de la competición sobrecargaba el sistema reproductor femenino —o, en el caso del salto de esquí, si provocaba la caída del útero—, se dedicaban a imponer los límites de la feminidad misma. Ocupaba el centro del debate en torno a las deportistas una pregunta imposible a la par que absurda: ¿cuán atlética podía ser una mujer sin dejar de ser considerada mujer?

De que es un tema complejo e irresoluble da fe el hecho de que los oficiales olímpicos y los médicos lleven un siglo discutiéndolo y no hayan sido capaces de llegar a una conclusión satisfactoria. En 1968, el Comité Olímpico Internacional instituyó unas pruebas obligatorias para verificar el sexo de las deportistas femeninas, pero desde mucho antes se había estado sometiendo a las mujeres cuyo aspecto se juzgara poco femenino a humillantes exámenes que cuestionaban su sexo.[36] En las décadas de 1920 y 1930, los oficiales inspeccionaban ocularmente a las competidoras de aspecto sospechoso; en 1948, el COI empezó a exigir que las mujeres demostraran su sexo mediante un certificado médico.[37]

Al mismo tiempo, la normalización de las pruebas de sexo llevadas a cabo por el COI condujo a que se generalizara su aplicación por parte de otras organizaciones deportivas, incluidos los Juegos Panamericanos de 1967, celebrados en Winnipeg. La lanzadora de peso Maren Sidler estuvo presente en el caso de Winnipeg y ofreció un relato perturbador sobre la «ciencia» tras la eliminación de mujeres de la competición:

> Nos colocaban en fila junto a una sala donde había tres doctores sentados uno al lado del otro tras unas mesas. Tenías que entrar, subirte la camisa y bajarte los pantalones. Luego ellos te miraban mientras tú esperabas a que deliberaran y decidieran si eras apta. Recuerdo estar en la cola y que una de las velocistas, una chica diminuta y muy delgada, saliera sacudiendo la cabeza de un lado a otro y diciendo: «Pues he suspendido, no tengo suficiente pecho. Dicen que no puedo correr y que me tengo que ir a casa porque no soy lo bastante "grande"».[38]

Los médicos, que recomendaban determinar la elegibilidad de las mujeres para la competición usando prácticamente los mismos métodos empleados por los granjeros para determinar el sexo del ganado, fueron cómplices de este trato humillante a las deportistas. En 1968, un artículo publicado en el *Journal of the American Medical Association* con el título «A Medical History of the Olympic Games» [«Una historia médica de los Juegos Olímpicos»] dedica solo unas breves líneas a las mujeres que, con todo, resultan de lo más esclarecedoras: «Ha existido desde hace años la preocupación de que hubiera entre las competidoras con más éxito muchas que poseen características masculinas y que podrían ser pseudohermafroditas».[39] Y citaba la necesidad de confirmar el sexo de las deportistas mediante una exploración de los genitales.

* * *

Entonces, como ahora, estaba pendiente una conversación honesta sobre cómo garantizar la igualdad de condiciones en el terreno de juego. Complica el asunto la existencia de deportistas intersexuales que desafían la categorización convencional basada en el estricto binario de masculino o femenino —y, en los últimos años, la de deportistas transgénero que desean competir en la categoría que más se ajusta a su identidad—, sumada a la preocupación constante por que los aspirantes a deportistas olímpicos se dopen. Pero en demasiadas ocasiones esta conversación ha degenerado hasta caer en burdos estereotipos que están fundamentados en el sexismo y no

en la ciencia. Y los médicos, que, en este caso, no tienen la tarea de diagnosticar ninguna enfermedad, sino de imponer los límites de la feminidad, han pecado con demasiada frecuencia de estigmatizar la fuerza.

Queremos preparar a las jóvenes para su papel de madres de hombres fuertes y sanos.

TENLEY ALBRIGHT,
doctor en Medicina, 1964[40]

Hacia la década de 1960, la cuestión de si el ejercicio en sí era recomendable desde el punto de vista médico no admitía discusión: los médicos estaban de acuerdo en que la actividad física era beneficiosa para todo el mundo, independientemente del sexo. Pero, en el caso de las mujeres, este consejo había adquirido un cariz estético y nada científico: los ejercicios que se recomendaban a las mujeres no tenían el objetivo de hacerlas más fuertes y sanas, sino menos corpulentas.

El coqueteo de Estados Unidos con las mujeres fuertes, encarnado en Rosie *la Remachadora*, pasó de moda al acabar la guerra y dio paso a algo mucho más insensato e insidioso. En un noticiario cinematográfico de la década de 1940, un grupo de mujeres en bañador y tacones enseñan la última tecnología para ponerse en forma: una rutina de «ejercicios» que consiste en permanecer de pie e inmóvil mientras una máquina hidráulica moldea y amasa el cuerpo. Un locutor bromea en tono alegre con que, tras haber ayudado a ganar la guerra sin salir del país, las mujeres tienen ahora que librar una guerra en su cuerpo: «¡La batalla contra los michelines continúa!».[41]

Aunque las máquinas para machacar el cuerpo del noticiario fueron una moda pasajera y ridícula, reflejaban un conjunto de creencias profundamente enraizadas sobre los objetivos del entrenamiento para mujeres. El ejercicio intenso y el sudor se

consideraban innecesarios y poco femeninos; la actividad ideal para las mujeres no era en absoluto extenuante —sino, como en el caso de aquella especie de gimnasio, totalmente pasiva— y el resultado deseado era la delgadez, nada más. No es difícil ver cómo esta manera de hacer ejercicio dio paso a la moda de correr o del aeróbic —o, más adelante, del *barre*, el pilates o el *spinning*—, que prometía a las mujeres adelgazar —«como una ninfa de los mares», aseguraba con una risa afectada el anunciante del noticiario cinematográfico— sin hacerlas musculosas.

Por otro lado, la opinión mayoritaria sobre las mujeres en relación con el ejercicio era que carecían de estímulos para practicarlo, puesto que su motivación era tan débil como su cuerpo. La forma en que los médicos abordaban la forma física de las mujeres estaba en consonancia con un paternalismo en medicina de mayor envergadura, así como con una tendencia a asumir que, si una mujer no estaba sana, era culpa suya. En 1968, un médico y ex teniente coronel de las fuerzas aéreas llamado Kenneth Cooper escribió un libro, titulado *Aerobics*, que consiguió mostrar a millones de estadounidenses los beneficios del ejercicio cardiovascular.[42] Sin embargo, pese a que Cooper dedicó un apartado específicamente a las mujeres, el libro era más revelador en cuanto a la condescendencia del autor que respecto al mejor camino para lograr una buena salud cardiovascular. Escasea la información práctica a lo largo de la sección, que adquiere, en cambio, la forma de una extensa queja.

«Una de las mayores decepciones de mi carrera es la indiferencia de las mujeres estadounidenses ante el ejercicio. A los hombres estadounidenses también les resulta indiferente, sin duda —cuatro de cada cinco hombres están en baja forma—, pero al menos ellos se sientan en casa y se preocupan por el tema de vez en cuando. Las mujeres, no», se lamentaba Cooper.[43]

Aun en los momentos en que consigue dejar de quejarse de que las mujeres prefieran pasarse cuatro horas en un salón de belleza que diez minutos corriendo en una pista, Cooper formula sus

recomendaciones de un modo que muestra a las claras la pobre opinión que le merece su público: «Si correr no es lo tuyo, nadar es la segunda opción y, sin duda, es una actividad más femenina».[44]

En favor de Cooper hay que decir que su siguiente libro llevó por título *Aerobic para mujeres* y abría con una disculpa a todas las lectoras a quienes hubiera podido molestar con sus irreflexivos comentarios; pero Cooper solo es uno entre muchos.[45] La cultura que engendró aquellos comentarios no corrigió sus propios errores y continuó conformando el consenso médico en torno a la forma física de las mujeres, incluso entre las doctoras pioneras que podrían saber más del tema.

En 1971, casi sesenta años después de que Dudley A. Sargent intentara convencer por primera vez a las temerosas lectoras del *Ladies' Home Journal* de que podían ejercitarse sin convertirse en hombres, una doctora llamada Tenley Albright volvió a tratar el tema, esta vez en un informe encargado por el Departamento de Sanidad de Estados Unidos. Sin embargo, mientras que Sargent aseguraba a sus lectoras: «No me tiembla la voz cuando digo que no hay pruebas atléticas ni deportes en los que no pueda participar la mujer»,[46] Albright lanzaba una dura crítica:

> El tipo de ejercicios que desarrolla los músculos, como el levantamiento de pesas, no nos parece adecuado para las chicas, en parte porque la mujer con la musculatura necesaria para lograr un buen rendimiento no es atractiva. Si bien es cierto que este tipo de ejercicio no dejará lisiada a la mujer ni disminuirá su capacidad de cuidar de su casa, es evidente que no la ayudará en nada a tener una imagen femenina.[47]

Que Albright se pronunciara con tanta contundencia en contra de que las mujeres entrenen su fuerza —y que lo hiciera al tiempo que promovía la anticuada opinión de que un cuerpo femenino fuerte tiene que parecerles feo a los demás— resulta especialmente indignante teniendo en cuenta sus credenciales: Albright no solo era una brillante cirujana formada en Harvard, sino también una exolímpica que había ganado el oro en patinaje artístico en los

Juegos de Invierno celebrados en Italia en 1956. Sin embargo, pese a ser una deportista de élite y estar familiarizada con las devastadoras convenciones de un campo dominado por hombres, Albright tomó las ideas más anticuadas sobre qué constituye un ejercicio «apropiado» para una mujer, les puso el sello de aprobación médica y además les dio la categoría oficial de recomendación gubernamental. A ella no se la podía acusar de sexismo, por supuesto: era una mujer.

En aquel momento, todo el mundo compartía la opinión de Albright: desde políticos a organismos gubernamentales del ámbito del deporte; desde médicos especializados en medicina de la mujer a las propias mujeres. Aparte de la estigmatización del levantamiento de pesas por considerarse poco atractivo, y por tanto indeseable, persistía el sesgo entre los profesionales de la medicina en torno a las mujeres deportistas como categoría. Si antaño habían sido los guerreros de la cultura quienes, presa del pánico, obligaron a los doctores a advertir sobre lo desaconsejables que eran las bicicletas desde el punto de vista médico, ahora eran estos últimos quienes estaban anclados en el pasado, aun cuando el resto del mundo empezaba a aceptar que se había equivocado y que las mujeres estaban capacitadas para competir. A las corredoras de fondo se les permitió por fin participar en los Juegos Olímpicos en 1960; sin embargo, los profesionales médicos siguieron aferrados a la creencia de que las mujeres no estaban físicamente capacitadas para correr largas distancias, ya que temían que pudieran dañarse el útero, hasta bien entrada la década de 1970.

En 1967, la corredora Kathrine Switzer se convirtió en la primera mujer que completaba la maratón de Boston. Estuvo a punto de no suceder: cuando llevaban unos cuantos kilómetros, fue agredida físicamente por un director de carreras llamado Jock Semple, que intentó sacarla por la fuerza de la competición.

«Oí el roce áspero de unos zapatos de piel que se me acercaban rápidamente por detrás; un sonido extraño y alarmante en medio del sordo golpeteo de las zapatillas de correr con suela de goma»,

escribió Switzer sobre la experiencia. «Cuando un corredor oye este tipo de ruido, suele intuir peligro, igual que oír las pezuñas de un perro en la acera. Instintivamente volví la cabeza a toda velocidad y me topé con el rostro más enfurecido que había visto nunca. Un tipo grande, enorme, me enseñaba los dientes a punto de abalanzarse sobre mí, y, antes de que pudiera reaccionar, me agarró por el hombro y tiró de mí hacia atrás gritando: "¡Largo de mi carrera! ¡Dame el puñetero dorsal!". Luego me intentó arrancar de un manotazo el dorsal de la pechera mientras yo me echaba hacia atrás para apartarme de él.»[48]

Esta historia es excelente porque ilustra los prejuicios a los que se enfrentaban las corredoras en un tiempo en que la frase «como una niña» todavía se usaba de forma generalizada para describir la carencia de aptitudes deportivas. Pero es extraordinaria también por otra razón: Jock Semple no era director de carreras solamente, también contaba con una larga trayectoria profesional en el sector del entrenamiento. Había ejercido de masajista y fisioterapeuta de los Boston Bruins y los Celtics de Boston y como entrenador de atletas olímpicos. No hay duda de que había tenido contacto con corredoras talentosas en otras ocasiones y de que sabía que había mujeres que, además de querer participar en maratones, estaban totalmente capacitadas para hacerlo. ¿Por qué intentó entonces vejar de aquella manera a Kathrine Switzer? ¿Por qué eran tan importantes las normas que prohibían a las mujeres correr que había que imponerlas por todos los medios, incluso la violencia?

Al año siguiente, Semple le contó al *Sports Illustrated*: «Aquí la norma del atletismo *amateur* es que una mujer no puede correr más de milla y media. Estoy a favor de alargar sus carreras, pero su lugar no es correr con los hombres».[49]

¿De dónde sacaría Semple esta idea? No es difícil de adivinar: en aquella época, esas eran las instrucciones del médico.

* * *

Me reúno con Susan en la primera cita de seguimiento tras su mastectomía. A sus cincuenta, tiene un aspecto juvenil, el cabello muy rubio y está esbelta. Viene a verme desde Connecticut, donde trabaja en una *boutique* de moda de alto *standing* donde tanto clientes como empleados se parecen un poco a Gwyneth Paltrow.

Cuando a Susan le diagnosticaron el cáncer, la enfermedad ya había empezado a extenderse. En la misma intervención de la mastectomía le extirparon los ganglios linfáticos axilares, lo que aumentaba el riesgo de sufrir una enfermedad llamada «linfedema», que, si bien no es la amenaza que supone el cáncer, puede ser debilitante y complicar su caso. Cuando me reúno con Susan en la sala de exploración, me alegra comprobar que su marido está con ella; y me sorprende que, al pedirle yo que se suba a la báscula para poder determinar la dosis de medicación adecuada, ella le dice que salga. Incluso en un momento así, le da vergüenza que él vea cuánto pesa.

Comprobamos que Susan encaja perfectamente con el perfil de paciente cuyos factores de riesgo muscular pasan desapercibidos, ya que se la ve delgada y su índice de masa muscular (IMC) es normal. Gracias a que participa en un estudio clínico que incluye escáneres no rutinarios de composición corporal descubrimos la verdad: un cúmulo oculto de grasa visceral pone su relación entre masa grasa y masa de tejido magro en zona de peligro. Su densitometría ósea revela osteoporosis.

Puesto que Susan aprendió pronto a equiparar la buena salud con un cuerpo más delgado, con un número más bajo en la báscula, nunca ha hecho ejercicio más allá de alguna que otra caminata; cuando hace frío, a veces hace cardio en la elíptica. Nunca ha levantado pesas. Siempre le ha preocupado estar delgada. Evita casi cualquier actividad física, incluida la bicicleta, porque teme que le aumente el tamaño de los muslos. Cuando le digo que tiene que hacer pesas para mejorar su densidad ósea, se asusta: no sabe cómo. Teme volverse corpulenta. Ha leído en algún sitio que levantar pesas incrementa el riesgo de padecer linfedema.

Susan es la viva encarnación de todas las maneras en que el sistema médico ha fracasado a la hora de tratar la salud muscular de las mujeres. Toda la información que debería haber sabido, más crucial ahora si cabe para su curación, después de una cirugía que le ha cambiado la vida, es información que ningún médico le ha proporcionado. Y el resultado de haber sido privada de ella es mucho peor que la mera ignorancia: todas sus creencias sobre el ejercicio le generan un terror innecesario, son lamentablemente imprecisas o ambas cosas.

Por muy desafiante que sea tratar el cáncer de Susan, deshacer ese daño —que no ha causado la enfermedad, sino una historia de doscientos años de desinterés, ignorancia, desinformación y vergüenza— será muchísimo más difícil. Lo sé porque he librado esta batalla como doctora que trata a mujeres y también como paciente.

Durante mi primer embarazo, en 2010, mi médico me hizo una serie de severas y aterradoras advertencias sobre los peligros de la actividad física. Me dijo que nunca elevara mi ritmo cardíaco por encima de ciento cuarenta pulsaciones por minuto, el equivalente a caminar a paso ligero. Levantar pesas estaba totalmente descartado. Aumentar mucho la temperatura corporal —es decir, hacer ejercicio lo bastante intenso como para sudar— también estaba prohibido. Todo ello a pesar de que yo siempre he hecho ejercicio intenso y he sentido que era beneficioso tanto para mi salud física como para mi bienestar mental. Se entendía que mi cuerpo había dejado de ser mío; la energía que gastaba ejercitándome era energía que no le estaba proporcionando al bebé que crecía en mi interior. (Luego, tras dar a luz, me adularon por recuperar mi peso anterior al embarazo con tanta velocidad como me fue humanamente posible, sin que mi médico me dijera una palabra sobre la necesidad de preservar mi masa muscular ni sobre las lesiones que padecí por ignorarla.)

¿En qué se diferencia esto, en realidad, de aquel edicto victoriano que promulgaba que montar en bicicleta inutilizaba a las mujeres para el matrimonio y las dejaba estériles y dementes? ¿En qué han cambiado las preocupaciones contemporáneas en torno al

ejercicio durante el embarazo respecto a las que atenazaban al doctor A. C. Simonton cuando preguntaba temeroso si las ciclistas aparcarían sus vehículos rodados el tiempo suficiente como para tener un bebé?

En algunos sentidos hemos recorrido un largo camino desde aquellos tiempos aciagos en que los doctores creían que a las mujeres se les deformaría la pelvis o se les desprendería el útero si practicaban un ejercicio inapropiado. En otros, seguimos atrapados en los mismos temores absurdos de que una mujer con un cuerpo fuerte y capaz no pueda ser también una buena madre; de que el tiempo y la energía que una mujer dedica a hacer ejercicio son tiempo y energía desperdiciados; que la fuerza en una mujer es antiestética, impropia y poco femenina, y que lo más importante del cuerpo de una mujer es su delgadez.

[Las mujeres] pueden moverse con dignidad, con gracia, con una ligereza etérea o con una fuerza consciente, los cuerpos erguidos y firmes, llenos de energía y activos; cuerpos verdaderamente soberanos por su presencia, expresiones de una naturaleza soberana…

ELIZABETH BLACKWELL,
doctora en Medicina, primera mujer licenciada
en Medicina en Estados Unidos, 1859[50]

En la actualidad, muchas de estas ideas equivocadas —el flagelo victoriano de la cara de bicicleta o el útero escindido abandonado en una pista de esquí— han sido corregidas en la comprensión de los médicos y de la cultura dominante. Sí ha perdurado, en cambio, el mito de que ser mujer y desarrollar la musculatura no hacen buena pareja, y esa idea se pone de manifiesto en todas las áreas, desde los deportes escolares a la investigación médica o la tabla del índice de masa corporal (IMC) de la consulta del médico. Aun así, en los últimos años los médicos han comenzado a replantearse por fin la delgadez como sinónimo de salud y a reexaminar las herramientas

de diagnóstico que utilizan para determinar si la composición corporal de un paciente es saludable o no. La tabla del IMC que compara la altura y el peso para determinar si este último está por debajo de lo normal, si es normal o si el paciente tiene sobrepeso u obesidad existe desde hace mucho tiempo, pero su uso en entornos médicos a menudo pasa por alto tanto como revela, sobre todo en el caso de la mujer.

El doctor Neil Iyengar, médico oncólogo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center, cuenta que el propósito de la tabla del IMC, desarrollada en la década de 1830, no fue nunca sustituir un examen más exhaustivo de la salud del paciente: «El IMC fue desarrollado originalmente como herramienta epidemiológica. Así que, respecto a la población, resulta útil para entender los patrones de las enfermedades; si bien hay que recordar también el sesgo que ha dominado las investigaciones, centradas en esencia en los hombres y sus enfermedades».[51]

Las mujeres, en cambio, no solo tienen más grasa, sino que la tienen repartida de un modo diferente, lo que hace que la tabla del IMC sea un instrumento muy poco eficaz a la hora de medir lo que sucede en sus cuerpos. Consideremos dos pacientes hipotéticas: por un lado, una mujer con unos niveles saludables de grasa corporal y una masa muscular superior a la media; por otro, una mujer con niveles elevados de grasa corporal pero tan poca masa muscular que apenas puede levantar una bolsa de la compra de cinco kilos. Es esta segunda paciente la que corre un gran riesgo de padecer varios problemas de salud, mientras que la primera es la que tiene sobrepeso según la escala del IMC y a quien los médicos aconsejarán que adelgace, cuando no tendría que hacerlo.

Según Iyengar: «Hoy en día, casi todas las intervenciones dirigidas a que una mujer pierda peso están enfocadas en la pérdida de peso corporal y en alcanzar el ideal de delgadez. Y estamos aprendiendo que ese enfoque no siempre es el mejor, especialmente en el caso de algunas de las nuevas dietas de moda, como el ayuno. Pierdes grasa, pero también músculo».[52]

Hay varias razones por las que este paradigma es perjudicial y desempodera a las mujeres, a quienes se ha estado engañando de manera sistemática sobre el aspecto que debe tener un cuerpo sano. Doctores como Iyengar se esfuerzan por ayudar a las pacientes a comprender que mantener una cierta cantidad de masa muscular, aunque hacerlo implique pesar más, es mucho más importante para la salud general que mantener bajo el número de la báscula. El entrenamiento de resistencia que desarrolla la musculatura hace al cuerpo mucho más resiliente que el ejercicio de cardio para quemar calorías que atrae a la mayoría de las mujeres. Esto es especialmente cierto tras la menopausia, cuando los ejercicios con pesas se vuelven más importantes a la hora de mantener la densidad ósea y cuando mantener una composición corporal saludable es esencial para reducir el riesgo de padecer determinadas enfermedades. En 2018, un estudio revelaba que las mujeres con un IMC normal pero niveles elevados de grasa corporal —mujeres como la segunda paciente del caso hipotético mencionado anteriormente— presentaban el doble de riesgo de padecer cáncer de mama.[53] Son también las pacientes que más se beneficiarían de hacer más ejercicio, ya que la peligrosa combinación de un físico delgado y un alto porcentaje de grasa corporal está casi siempre relacionada con la falta de actividad física. Es aquí donde el *establishment* médico tiene que ponerse al día: estas mujeres tienen menos probabilidades de que se les recomiende hacer ejercicio y más de que se ignoren los riesgos que corren simplemente porque no «parecen» poco saludables.

De hecho, las instrucciones que la mayoría de las mujeres reciben del médico con respecto a la actividad física se limitan a la recomendación general de hacer treinta minutos de ejercicio cinco veces a la semana, la misma que se da desde hace décadas. La educación médica estándar sigue incluyendo escasa formación formal en este aspecto: en 2015, una encuesta llevada a cabo en facultades de Medicina reveló que solo el 21,2 por ciento ofrecía cursos centrados en el ejercicio y que únicamente en la mitad de los

casos estos cursos eran obligatorios.[54] Asimismo, la mayoría de los cursos disponibles estaban centrados en la fisiología del ejercicio o la medicina deportiva; apenas había información sobre cómo hacer ejercicio para mejorar la salud. Por el contrario, la información que los médicos conocen sobre el ejercicio tiende a ser autodidacta y el resultado de su interés personal; un interés que es, en muchos casos, prácticamente inexistente.[55] Las famosas exigencias de la carrera médica dejan poco tiempo para ir al gimnasio y la mayoría de los médicos tampoco están en forma; el deseo de no parecer hipócritas en este aspecto lleva a muchos a evitar recomendar a sus pacientes que hagan ejercicio.

Todo ello conlleva que las actitudes médicas acerca de cuánto ejercicio practicar y cómo hacerlo sigan recordando a las de hace cien años. Y no se debe a que no haya cambiado nada —los médicos de hoy no viven atormentados por el temor a que la bici estática provoque goces eróticos—, sino a que, pese a que los tabúes que rodearon en su día al ejercicio hayan desaparecido, la ignorancia que generaron todavía perdura. Un mundo en el que el deporte femenino se valore y aplauda es un mundo en el que podremos iniciar las tan esperadas investigaciones sobre cómo influye el deporte en la salud de las mujeres en aspectos como la función cerebral, la memoria, la densidad ósea, la estabilidad articular o los niveles hormonales, entre otros muchos aspectos. ¿Envejece de manera diferente una mujer que practica deporte en su juventud que otra que no lo hace? ¿Corren el mismo riesgo de sufrir el efecto acumulativo del traumatismo craneal repetitivo que los hombres que juegan al fútbol americano o al hockey?

Hasta hace poco, no había forma de saberlo: casi toda la ciencia de esta área del conocimiento se basaba en el estudio del hombre. Cuando la revista *Women in Sport and Physical Activity Journal* examinó la composición por géneros de más de 5.200 publicaciones de los años comprendidos entre 2014 y 2020, descubrió que solo el 6 por ciento de los estudios se centraban exclusivamente en las mujeres, comparado con el 31 por ciento que incluían a hombres

nada más.[56] Y no solo eso, la medicina deportiva como campo sigue estando claramente dominada por los hombres, incluso cuando las deportistas son mujeres. En el momento de escribir estas líneas, todos los médicos de los equipos de la Liga Nacional de Fútbol Americano (NFL, por sus siglas en inglés), la Liga Nacional de Baloncesto (NBA, por sus siglas en inglés) y de las Grandes Ligas de Béisbol (MLB, por sus siglas en inglés) son hombres, así como el 82 por ciento de los médicos de los equipos de la Asociación Nacional de Baloncesto Femenino (WNBA, por sus siglas en inglés).[57]

Sin embargo, a medida que el estigma médico respecto a las mujeres deportistas de élite ha ido desapareciendo, ha comenzado a aumentar por fin el interés de los médicos por atenderlas. Se trata de una evolución positiva y necesaria debido a que, al haber empezado a hacer más ejercicio y destacar en las ocupaciones físicas, las mujeres han comenzado a acudir a la consulta del médico con un trastorno conocido como «tríada de la mujer deportista»: un trastorno de la conducta alimentaria, menstruación irregular y pérdida de densidad ósea. Es común entre bailarinas, gimnastas y corredoras de élite —cualquier deporte en que un físico excepcionalmente delgado se considere una ventaja—, y, si no se trata, puede desembocar en serias consecuencias a largo plazo, entre las que se incluyen la infertilidad, fracturas por fatiga, un sistema inmunitario debilitado, un metabolismo lento, daño cardiovascular y problemas de salud mental.

Según Kathryn Ackerman, profesora asociada de Medicina Deportiva en la Facultad de Medicina de Harvard: «Tengo deportistas que creen que deberían tener un IMC determinado, pero no menstrúan cuando alcanzan ese índice. Todo el mundo se ha centrado en estar lo más delgado posible. Y en mantener el peso bajo y bonito. Dicen: "Tienes un IMC normal, así que debes de estar bien". Hay una desconexión total con lo que importa en realidad».[58]

Ese empeño por tener un cuerpo delgado en lugar de fuerte se ha agudizado a causa del uso cada vez más generalizado de tecnologías como los exámenes de densidad ósea DEXA, una

herramienta de diagnóstico que hasta ahora únicamente estaba disponible para profesionales de la medicina, pero que se ha abierto paso hasta el deporte universitario, donde los entrenadores la utilizan para hacer seguimientos de la composición corporal de sus deportistas femeninas. En 2022, *The New York Times* informó de que la presión que reciben las jóvenes para estar tan delgadas como puedan es alta y de que la mentalidad de «más delgada es mejor» está tan arraigada que se felicita a las deportistas cuando reducen su nivel de grasa corporal, pese a que no tenga ninguna repercusión en su rendimiento o a que adelgacen tanto que dejen de menstruar y empiecen a perder el cabello.[59]

Hace muy poco que hemos empezado a ser conscientes de que estos síntomas son una señal de alarma del cuerpo y de que el deseo de estar delgados por encima de todo es, ni más ni menos, el insidioso legado de la sempiterna idea de que las mujeres deben hacer ejercicio para estar delgadas y no para estar fuertes. Según Ackerman: «Todo el mundo se concentra en la delgadez en lugar de en la fuerza. Preguntan si tienen el hueco entre los muslos o si están igual de delgadas que las demás del equipo en vez de centrarse en el entrenamiento en sí o en mejorar su rendimiento».[60]

Durante mucho tiempo, una mujer ha podido estar en el mejor estado de forma de su vida sin que nadie lo percibiera como algo positivo —ni siquiera su médico— a menos que sus formas fueran también excepcionalmente delgadas. Los médicos que trabajan en transformar la relación del *establishment* médico con los cuerpos de las mujeres sugieren un nuevo paradigma en el que las mejoras se midan en función de cuánto gana una mujer en fuerza, velocidad y potencia y no de cuánto peso pierde. En este sentido, Ackerman lidera la avanzadilla: su recientemente inaugurado Female Athlete Program (Programa para Mujeres Deportistas), en el Children's Hospital de Boston, es una empresa innovadora que aúna a doctores de diversas especialidades para que aborden las necesidades de las mujeres deportistas en todos los estadios de sus vidas.[61] Una señal

de lo lejos que se ha llegado es que muchos de los médicos involucrados en el proyecto son antiguos deportistas de competición.

Por otro lado, hay científicos investigadores que han comenzado a prestar atención a la diferencia de género en las lesiones deportivas, lo cual ha iniciado una serie de efectos en cadena que se extienden a áreas tan diversas como el equipamiento deportivo o la educación médica centrados en las necesidades específicas del cuerpo de la mujer. El enfoque «hazlo más pequeño y píntalo de rosa» a la hora de crear equipamiento para mujeres deportistas está cada vez más pasado de moda, y se crean diseños no solo considerando las diferencias anatómicas de las mujeres, sino dándoles prioridad. Incluso las convenciones culturales que alejaron en su día a las mujeres de la sala de pesas porque temían volverse corpulentas han dado paso a un mundo en el que las mujeres *influencers* del mundo del *fitness* celebran públicamente cuántas sentadillas son capaces de hacer. ¿Y qué ha sido de la grotesca ciclista de ojos saltones, mandíbula apretada y bocio de la época victoriana? Ha desaparecido por fin de la consciencia médica y la imaginación del público. Lo que necesitamos ahora en su lugar no es un hombre del saco, sino un icono; una mujer que sea fuerte, rápida, valiente, y esté lista para ocupar su espacio.

4

SANGRE

SISTEMA CIRCULATORIO

Asuntos del corazón

Si una joven a punto de convertirse en mujer deja de comer, la sangre se espesa y circula con lentitud. Si come demasiado o come alimentos jugosos, provocará un exceso de sangre. Si come alimentos perjudiciales, se le obstruirán las venas.

HIPÓCRATES parafraseado por HELEN KING, 2002[1]

El sistema circulatorio comprende los órganos que mueven la sangre por todo el cuerpo: el corazón que la bombea y las venas y las arterias que la transportan. Otro elemento de vital importancia es la propia sangre; gracias a ella, este sistema es uno de los pocos de los que el ser humano ha sido siempre consciente, mucho antes de la llegada de la medicina moderna y de que las sociedades de la Antigüedad empezaran a explorar el interior del cuerpo y a investigar cuál es la mejor forma de curarlo. No hacía falta tener formación médica para verla brotar de una perforación en la piel, para apoyar la oreja en el pecho de alguien y oír cómo le retumba el corazón, para notar el pulso de una persona bajo las yemas de los dedos o para observar cómo sale a chorro la sangre de una arteria tras seccionar un miembro (o una cabeza).

Según las enseñanzas de Hipócrates, la sangre es uno de los cuatro humores existentes en el cuerpo —junto con la flema, la bilis negra y la bilis amarilla—, de cuyo equilibrio dependemos para gozar de buena salud.[2] Desde luego, esta teoría demuestra un conocimiento ínfimo del sistema circulatorio, del que se desconocía o se malinterpretaba más de lo que se intuía, aunque, como sucedió con el conocimiento anatómico que los médicos adquirieron diseccionando animales y aplicando sus hallazgos al ser humano, lo poco que se sabía demostró ser útil, incluso para salvar vidas. La cauterización, por ejemplo, empleada para cortar hemorragias y sellar amputaciones, se desarrolló en la Antigüedad a partir de la acertada idea de que quemar una herida con un hierro o una cuchilla candente sirve para detener la pérdida de sangre.[3] Aparecen referencias a este procedimiento en textos antiguos, desde Hipócrates a Leónidas de Alejandría, y hasta en el *Su Wen* chino.[4]

En cambio, en lo que respecta a la medicina de la mujer, las limitaciones de la época destacan con más crudeza, y la tendencia de los doctores a rellenar sus lagunas de conocimiento con conjeturas tan fundamentadas en sus propios prejuicios como en la ciencia demostró ser mucho más problemática, ilustrando así el famoso dicho de Alexander Pope de que saber poco es más peligroso que no saber nada.

El «humorismo» que dominó la medicina durante más de dos mil años estaba particularmente plagado de necedades sexistas que sustituyeron a la ciencia hasta tal punto que se les asignó a los propios humores una valencia de género. En la sabiduría médica popular, los cuerpos femeninos eran «flemáticos» —lo que equivale a decir que están llenos de, o gobernados por, el humor de la flema—, mientras que los masculinos eran «sanguíneos» o «coléricos», gobernados por la sangre o la bilis.[5] Pese a que los doctores ya hubieran entendido que todos los cuerpos contenían las cuatro sustancias, la sangre se siguió considerando, en términos médicos, más bien cosa de hombres. El varón predominantemente sanguíneo era viril, sano y un magnífico espécimen. Por el contrario, en el caso

de la mujer, había que vigilar el nivel de sangre, incluso drenarla a propósito, para evitar peligrosos desequilibrios.

Los avances en los conocimientos médicos que sucedieron a la aparición de la teoría microbiana en el siglo XIX acabaron relegando la teoría de los humores al estercolero de la historia de la medicina, aunque los prejuicios asociados a ella demostraron estar muy arraigados. Existen varias especialidades médicas en las que la teoría de los humores se sigue manifestando de forma sutil. En urología, por ejemplo, la idea de que su constitución flemática hace a la mujer proclive por naturaleza a las pérdidas de orina ha contribuido a siglos de apatía ante la incontinencia femenina y a que varias generaciones de mujeres hayan sufrido innecesariamente trastornos tratables.[6] (Para obtener más información sobre cómo las mujeres se siguen haciendo pis encima todavía hoy gracias a la actitud desdeñosa de varios doctores varones del 2050 a. e. c., aproximadamente, véase el capítulo dedicado al sistema urinario.) Pero es en las afecciones del sistema circulatorio —las enfermedades de la sangre o las cardiopatías, entre otras de naturaleza similar— donde la influencia se deja ver con más claridad, alimentada por la convicción de que la sangre de una mujer era, al igual que el resto de su cuerpo, diferente e inferior a la de un hombre sano promedio.

Se siguieron categorizando algunas enfermedades bajo la etiqueta de «trastornos específicos de la mujer», causados por la debilidad inherente que se le presuponía, mientras que se pensaba que otras, como las cardiopatías, no le afectaban. Más importante aún: se daba por sentado que, si una mujer padecía alguna de estas enfermedades específicas —como el caso hipotético de la chica descrita por Hipócrates, cuya predilección por la comida jugosa le había hinchado el cuerpo a causa de un exceso de sangre—, se la había provocado ella misma o, al menos, la había permitido debido a su constitución delicada o por voluntad propia. Una vez asentada la idea de que las mujeres eran demasiado frágiles, tanto anatómica como moralmente, para poder cuidar de su propia salud, la cura

saltaba a la vista: tenían que ceder el control de su sangre, de sus cuerpos y de sus vidas a los hombres.

Yo no lo sé, pero hay médicos que dicen que la clorosis en las jóvenes es el resultado de entregarse en exceso a ese placer.

GIACOMO GIROLAMO CASANOVA, 1792[7]

La enfermedad comúnmente conocida como clorosis es uno de los enigmas originales del sistema circulatorio femenino y supone un ejemplo magistral de enfermedad de génesis social. Desde un punto de vista médico, se ajusta a la descripción de los síntomas de una anemia ferropénica u otras enfermedades similares. Los síntomas asociados eran muy variables y nada específicos: la debilidad y la palidez eran los más comunes, junto con la dificultad respiratoria, las palpitaciones y los síncopes; todos ellos son síntomas que podrían estar causados por muchos otros trastornos. Lo que hacía de la clorosis una afección reconocible no era tanto su manifestación externa, sino quién la padecía: chicas adolescentes y mujeres jóvenes.

En Hipócrates, esta afección aparece dentro de un texto titulado «Sobre las enfermedades de las vírgenes», mientras que Casanova —sí, ese Casanova— la menciona en su autobiografía, donde apunta a «la entrega en exceso al placer» como su causa. Aunque no es una enfermedad de transmisión sexual propiamente dicha, sí está en la misma órbita en cuanto a su relación con los apetitos carnales.[8]

No se la llamó siempre «clorosis»; antes del siglo XVII, se la conocía como «enfermedad verde». El término «clorosis» no aparece por primera vez hasta 1615, en un tratado firmado por Jean Varandal, profesor de Medicina de la Universidad de Montpellier, en Francia —una de las facultades de Medicina más antiguas del mundo —,[9] quien bautizó la dolencia a partir de la palabra griega *χλωρός* (‘jlorós’).[10] Es un astuto juego de palabras: significa «verde», como

el color, pero también tiene el sentido de algo nuevo, fresco e inexperto en el terreno sexual.

Varandal se percató de que la enfermedad se manifestaba principalmente «entre las jóvenes más nobles y bellas», conviniendo así la creencia del momento de que afectaba fundamentalmente a las chicas guapas.[11] Fue también por la misma época, cuando el siglo XVI tocaba a su fin, en que William Shakespeare introdujo la clorosis en el canon literario; pese a que el autor no la menciona por su nombre, se la reconoce por la descripción que hace de ella. En *Romeo y Julieta*, Shakespeare evoca la imagen de una luna pálida, enferma y feminizada que le tiene envidia a Julieta por su radiante belleza:

> *No la sirvas, pues que está celosa*.
> *Su verde, descolorida librea de vestal*,
> *la cargan solo los tontos; despójate de ella*.[12]

¿Su verde, descolorida librea de vestal? Una impertinente referencia a la virginidad de Julieta que la recrea transformándola en una prenda tan absurda como poco favorecedora. ¡Despójate de ella, no lo dudes!

La clorosis no ha sido en absoluto la única dolencia en la historia de la medicina de la mujer con un fuerte componente social y cultural, en el sentido de que lo que hacía sana y lo que hacía bella a una mujer fueran más o menos sinónimos. Sin embargo, sí que es uno de los pocos trastornos en los que el sexo como cura fue, aparte de combustible para algún que otro chascarrillo obsceno de Shakespeare, el remedio que prescribía el médico.

En 1554, el germano Johannes Lange, médico de la realeza, escribió a un amigo a propósito de la hija primogénita de este, una joven llamada Anna.[13] Estaba en edad de casarse, pero el padre había rechazado a sus pretendientes a causa de la mala salud de la joven: se fatigaba enseguida y la comida le provocaba náuseas, pero, por encima de todo, estaba visiblemente pálida. Los médicos

de la familia no se ponían de acuerdo en el diagnóstico, aunque Lange reconoció la afección de inmediato; no había duda, Anna padecía lo que Hipócrates denominaba «la enfermedad de las vírgenes».

La teoría de Lange sobre lo que ocurría en el cuerpo de Anna compensaba con imaginación lo que le faltaba de precisión médica. Según él, se debía a que Anna estaba a punto de alcanzar la madurez como mujer: «Ha llegado ese momento en que, por naturaleza, la sangre menstrual fluye desde el hígado hasta los pequeños rincones y las venas del útero, por cuyas estrechas aberturas, aún sin distender, y obstruidas también por densos y crudos humores y por la espesura de la sangre, no puede escapar».[14]

En opinión de Lange, los síntomas de Anna se debían a «la repugnante sangre menstrual», que circulaba lentamente por su cuerpo y le inundaba el hígado, los intestinos y el corazón de un cieno tóxico. La idea de que una mujer se pudiera estar envenenando poco a poco con su propia sangre menstrual sin expulsar es asombrosa además de sombríamente absurda, aunque perfectamente lógica en su contexto. No solo recuerda a la influencia de la teoría de los humores en la época —Anna, por ser mujer, estaba sin duda llena de flema, una sustancia «espesa y viscosa» que taponaba las salidas de su cuerpo de tal modo que la sangre quedaba retenida—, sino que anunciaba una moda posterior en medicina, igual de equivocada: el «autoenvenenamiento», que postulaba que una mujer con estreñimiento acababa envenenándose el cerebro con sus propias heces no excretadas.

Sin embargo, mientras que los médicos victorianos combatieron el autoenvenenamiento con copos de salvado de cereal y enemas de yogur, el remedio para la clorosis en el siglo XVI fue mucho más rudimentario. Según Lange, la «fundamentada recomendación» de Hipócrates era curar a la mujer aquejada de la enfermedad de las vírgenes con sangrías.

Y hay más de una forma de hacer sangrar a una virgen, por supuesto. A buen entendedor…

«Mi recomendación es que las vírgenes aquejadas de la enfermedad convivan y copulen con un hombre lo antes posible», escribió Lange.[15]

Es evidente que al consejo de Lange no le falta lógica, aunque sea enrevesada, acorde con las convenciones científicas de la época: si piensas que las flemas taponan las «estrechas aberturas» del cuerpo de una mujer e impiden que salga su «repugnante» sangre menstrual, introducir algo que quite el tapón —por ejemplo, el pene de su marido— bien puede ser el procedimiento más razonable. Pero, a pesar de que no hay duda de que Lange no pretendía hacer ningún daño, prescribir sexo y matrimonio como cura impregnó el campo de la medicina cardiovascular de un paternalismo del que no lograría deshacerse fácilmente.

A lo largo de los siglos posteriores, la clorosis seguiría afectando a mujeres jóvenes y dejando perplejos a los médicos, quienes consideraban la enfermedad a la vez desconcertante y provocadora, como sucedía con la virginidad, el deseo y el sexo.[16] No obstante, si bien la idea del coito entre cónyuges como panacea para la clorosis pasaría de moda con los años, no sucedió lo mismo con la de que era una enfermedad relacionada con el estilo de vida que requería que la paciente sometiera su autonomía a la autoridad de un hombre.

En cuanto a Lange, el doctor remató la carta al padre de Anna reiterándole su convicción de que el matrimonio salvaría a la joven: «En lo que respecta al tratamiento de la susodicha enfermedad de las vírgenes, jamás he sido engañado ni mis esperanzas han sido frustradas», escribió. A continuación, pensando quizá que era lo justo, se tomó la libertad de autoinvitarse a la boda.

* * *

A finales del siglo XIX, casi trescientos años después de que la palabra *clorosis* apareciera por primera vez en el argot médico, una mujer joven aquejada de la enfermedad conversa con su médico. Acaba de regresar de un viaje a la costa que tenía como objetivo su recuperación, pero el efecto parece haber sido el contrario: ha vuelto más pálida y delgada aún, tan débil que ni siquiera su prometido ha podido ocultar su preocupación al verla.[17]

El doctor que trata a la joven se llama Simon, es especialista en enfermedades gastrointestinales y también acaba de volver de un viaje, de una larga temporada de estudios en Alemania. Es un hombre de aspecto peculiar, con la tez clara y el cabello rubio que normalmente solo se ve en niños pequeños; su pelo, finísimo, le hace juego con las cejas, que apenas logran distinguirse de la piel. Tiene el labio inferior de un niño pequeño también —muy carnoso, casi protuberante— y los ojos, tras unas gafas con montura de alambre, son de un inquietante color azul pálido. La joven se siente aliviada al ver que el doctor se pasa casi toda la consulta mirando sus notas en lugar de a ella, y no se da cuenta de que él evita también su mirada, de que tenerla delante lo pone un poco nervioso.

Por el momento, él se limita a registrar el progreso de la enfermedad: molestias digestivas seguidas de apatía generalizada y, posteriormente, de pérdida de peso y diarrea; luego llegaron la palidez y la debilidad que varias semanas junto al mar no han conseguido curar. El doctor le pregunta por su dieta, su menstruación y sus inclinaciones sexuales, si bien son estas últimas las que le despiertan más interés. Cuando ella reconoce al fin que le había pasado una cosa la noche antes de salir hacia la costa —algo que pensaba que jamás le contaría a nadie—, el doctor asiente con aire de complicidad mientras toma nota.

En 1897, la joven aparecerá mencionada como paciente —con su identidad oculta tras un seudónimo— en *The American Journal of the Medical Sciences*, en un artículo titulado «A Study of Thirty-One Cases of Chlorosis, with Special Reference to the Etiology and the Dietetic Treatment of the Disease» [«Estudio de treinta y dos casos

de clorosis, atendiendo específicamente a la etiología de la enfermedad y a la dieta como tratamiento»]. Debido quizá a los detalles particulares del caso, el doctor Simon se toma muchas molestias en describir de forma opaca tanto el principio del trastorno como la identidad de la paciente: mientras que otros casos aparecen identificados con las iniciales, ella es «la señorita X» a secas. Sin embargo, pese a su discreción, Simon no parece tener más conocimientos al hacer su diagnóstico que aquellos doctores medievales que se referían a esa misma afección como una enfermedad de las vírgenes. De hecho, Simon considera que el trastorno de la paciente es autoinducido; la masturbación es, en su opinión, una de las causas principales, «a menudo ignorada», de la clorosis.

«En este caso, un deseo sexual insatisfecho ha desembocado en un ataque severo de clorosis», escribió.[18]

* * *

Pese a suscribir la peculiar convicción, tan común entre los doctores de la época, de que la masturbación femenina era la causa secreta de casi todos los problemas de salud imaginables, es posible que Charles E. Simon fuera uno de los médicos más perspicaces y menos moralistas de cuantos investigaron la clorosis. Incluso comprendió con tino a la señorita X, quien había desarrollado sin duda la enfermedad por estar patológicamente cachonda, cuando afirma que lo que tenía en realidad no era falta de sexo, sino anemia, y la cura recomendada —e inequívocamente eficaz— era, en su opinión, una dieta rica en proteínas. Es más, el caso de la joven precede en ese artículo de Simon de 1897 a la contundente conclusión de que, independientemente de las características específicas de este caso o de cualquier otro, «la clorosis se debe, en la gran mayoría de los casos, a una malnutrición».[19]

En cuanto a qué había provocado tal malnutrición en la señorita X hasta el punto de causarle anemia, Simon es tan discreto que

acaba resultando ininteligible: escribe que los ataques de clorosis habían tenido lugar tras varias ocasiones en las que «se había sentido muy excitada sexualmente y [...] había tenido un orgasmo sin coito».[20] Si esto había sucedido mientras dormía, al masturbarse o incluso como resultado de haber estado tonteando con su prometido es todo un misterio, aunque también lo es la lógica de Simon cuando llama «insatisfecha» a una mujer que tiene múltiples orgasmos espontáneos. (Ni que decir tiene que hay quien consideraría lo anterior la definición misma de la satisfacción.)

Pero, si bien Simon le daba mucha credibilidad al sexo —o, más bien, a su ausencia— como causa de la clorosis, desde luego no era el único. Pese a que la teoría de los humores ya había sido ampliamente descartada por los doctores decimonónicos en favor de otras teorías médicas más sofisticadas, la clorosis mantuvo su reputación —aunque no el nombre— de enfermedad de vírgenes y siguió siendo sinónima de juventud, belleza y deseabilidad sexual para la comunidad médica. En 1852, el médico Frederick Hollick dijo que las pacientes cloróticas eran «delicadas e interesantes», y señalaba que la enfermedad no solo no les restaba belleza, sino que «realza más si cabe sus atractivos».[21] En 1899, sir Byrom Bramwell, de la primera hornada de médicos británicos que enseñó medicina clínica a mujeres, describió el «bello tono entre rosáceo y carmesí» que teñía los rostros de las pacientes de clorosis cuando se sonrojaban al ser examinadas.[22]

No es de extrañar que entonces la proliferación de la clorosis como diagnóstico no se debiera únicamente a razones científicas, sino al contagio social propiciado por el caché cultural de la dolencia. Si había que enfermar, mejor que fuera de esto, una afección que incluso la literatura médica llamaba «la anemia de las chicas atractivas».[23] En algunos casos, la clorosis funcionaba como símbolo de la deseabilidad de una mujer, así como de su pertenencia a una élite y a la clase alta. En la época victoriana especialmente, que las adolescentes padecieran clorosis en algún momento era casi lo esperado, y los doctores, entrenados para buscar los signos de la

enfermedad, estaban encantados de complacer proporcionando el diagnóstico.

Al igual que en el caso de Simon, la opinión con tintes lascivos de Bramwell sobre las pacientes cloróticas no impidió que tuviera una genuina visión médica perspicaz. Él también entendió que estas mujeres padecían anemia y las trató eficazmente aumentando el contenido en hierro de sus dietas (aunque Bramwell recurría a las píldoras de hierro, mientras que Simon recomendaba comer carne). De la misma forma que lo hacía Simon, Bramwell aceptaba la opinión mayoritaria de que la clorosis afectaba a las mujeres jóvenes —«Solía pensarse que la enfermedad se debía a una decepción en el amor», escribió—,[24] pero al mismo tiempo expresó su escepticismo ante la idea de que el mal de amores fuera la causa y no un factor más que contribuyera al desarrollo de la dolencia. Ambos señalaron que el vínculo entre un corazón roto —o, como en el caso de la señorita X, la lujuria— y la clorosis tenía que ver sobre todo con que la melancolía afectaba al apetito: una mujer que había sufrido un trauma emocional o atravesaba un período de duelo desarrollaba la condición no por tristeza, sino porque, a causa de esta, había dejado de comer bien.

En cuanto a las observaciones —extrañas según los estándares modernos— sobre la belleza de las pacientes con clorosis, es probable que la combinación victoriana de feminidad y fragilidad física, por un lado, e impecable templanza, por otro, tuviera algo que ver. Estas actitudes influyeron con más contundencia en la medicina gastrointestinal —examinada con mayor profundidad más adelante —, en la que lo recomendable desde el punto de vista médico y lo bueno desde el punto de vista moral eran a menudo indistinguibles, de lo enmarañados que estaban en aquella época de temor ante los excesos sensuales. Ambos médicos, que tanta ternura y admiración manifestaron por sus anémicas —y, a menudo, anoréxicas— pacientes cloróticas, habitaron un mundo donde la etiología y la etiqueta social tenían prácticamente el mismo peso científico, de modo que tener un buen apetito se consideraba señal de mala salud

en una mujer. Para los victorianos, la debilidad por la comida era la puerta de entrada a la depravación, y la dispepsia resultante, un reflejo de la degradación del cuerpo y del alma. Las mujeres que padecían clorosis, en cambio —tan pálidas, delicadas y bellas, no a pesar de su enfermedad, sino a causa de ella—, se caracterizaban casi sin excepción por una ausencia total de apetito. En prácticamente todos los casos clínicos de los treinta y uno estudiados por Simon, las pacientes no solo evitaban comer carne, sino que manifestaban una aversión hacia ella.

Lamentablemente, la combinación de buena salud y etiqueta —y de autocontrol femenino y ausencia de apetito— fue la pescadilla que se muerde la cola para las pacientes cloróticas: lo que podía haberlas ayudado médicamente —comer carne roja para aumentar el nivel de hierro— estaba moralmente contraindicado —comer carne era el sello distintivo de una persona depravada y nada femenina que ansía carne fresca—. Y por desgracia para Charles E. Simon, sus reflexiones sobre la grave situación en que se encontraban estas mujeres no progresaron más allá de la señorita X: en la misma época en que apareció su publicación sobre la etiología de la clorosis, su tendencia nerviosa derivó en agorafobia y lo llevó al abandono de la práctica médica;[25] pasó el resto de sus días viviendo en relativo aislamiento, trabajando en un pequeño laboratorio en el establo de detrás de su casa.[26]

Por otro lado, y pese a que algunos doctores ya hubieran llegado a la acertada conclusión de que la verdadera causante de la clorosis era la desnutrición en general y, en particular, una deficiencia de hierro, muchos otros siguieron considerando el mal un trastorno relacionado con el estilo de vida que solamente podía curarse mejorando la conducta; una «mejoría» basada en la opinión de los hombres, por supuesto, que creían saber mejor que las mujeres cómo llevar una vida más saludable y virtuosa.[27] Como resultado, los tratamientos para la clorosis prescritos a lo largo de los cerca de cien años transcurridos desde entonces hasta 1920 no solo estaban enormemente impregnados de la moralidad de la

época, sino que a menudo eran tan contradictorios que resultaban ridículos.

La cuestión de «carne sí o carne no» tan solo fue la punta del iceberg: a las mujeres cloróticas les recetaban baños de agua fría, y de agua caliente, y también que se bañaran menos.[28] Tenían que salir a que les diera el aire, pero también debían quedarse en cama y no levantarse para nada. Se recomendaba hacer ejercicio, excepto cuando estaba prohibido. Bailar también estaba vetado, a menos que lo hicieras durante el día, en cuyo caso era una posible cura. A una paciente le dieron píldoras de hierro; a otra, eméticos para inducir el vómito; a una tercera, laxantes para purgar las toxinas por detrás. Montar a caballo se consideraba un paliativo salvo en los casos en que se identificaba como causa, pero, claro, la lista de causas había aumentado tanto para entonces que incluía prácticamente cualquier cosa susceptible de provocar placer sensual en una mujer, desde tomar café a dormir sobre un colchón de plumas o leer novelas. Como era habitual en la época, la comprensión médica de la clorosis estaba muy ofuscada por el fantasma de la sexualidad femenina desatada. Que la deficiencia de hierro fuera a menudo de la mano de extraños antojos alimenticios —comer tiza, tierra o carbón— solo sirvió para consolidar más la idea de que, en una mujer joven, la mala salud estaba fundamentalmente relacionada con un apetito perverso e insaciable.

Al mismo tiempo, se seguían usando algunas de las curas originales de Hipócrates, si bien se justificaban con argumentos actualizados. Puesto que muchas pacientes cloróticas tenían reglas irregulares, los doctores volvieron a especular con la posibilidad de que esta fuera la causa y no un síntoma, y de que quizá las mujeres se estaban envenenando con los derivados tóxicos de su propio ciclo menstrual interrumpido. Por desgracia, esta teoría estaba fundamentada en información errónea y llevó a los médicos, además, a tratar de nuevo a las pacientes con sangrías; un remedio que, igual que las restricciones médicas del consumo de carne, solía agravar la anemia en vez de curarla. En 1853, el doctor Edward John

Tilt examinó detenidamente la difusión de la sangría como tratamiento en «On Diseases of Women and Ovarian Inflammation: in Relation to Morbid Menstruation, Sterility, Pelvic Tumours, and Affections of the Womb» [«Sobre las enfermedades de las mujeres y la inflamación de ovarios: Acerca de la menstruación mórbida, la esterilidad, los tumores pélvicos y las afecciones del útero»], donde describe cómo él y sus colegas trataban la clorosis aplicando sanguijuelas en la parte baja del abdomen de la mujer unas veces o en los labios vaginales otras.[29]

Tilt, que fue miembro original y llegó a desempeñar el cargo de presidente de la Obstetrical Society of London (Sociedad Obstétrica de Londres), estaba familiarizado con los tratamientos extraños y en ocasiones salvajes que se aplicaban a las mujeres. Fue, entre otras cosas, uno de los primeros en defender con entusiasmo las clitorectomías médicas. Pero incluso él pareció darse cuenta de la paradoja que suponía sangrar a propósito a pacientes anémicas, y por ello se convirtió en un ejemplo, de los más fascinantes de cuantos pueblan la literatura médica, de doctor que da un paso evolutivo hacia delante e, inmediatamente, otros dos pasos increíblemente sexistas hacia atrás.

«A pesar del estado anémico de la joven —escribió a propósito de una paciente cuya regla irregular le estaba causando unos "ataques" que solo podían ser aliviados dejando salir sangre—, tan pronto como aparece el sangrado menstrual disminuyen o desaparecen los síntomas de histeria.»[30]

En otras palabras, un poco de anemia no es nada cuando hablamos de tratar un caso de histeria. Conclusión: trae las sanguijuelas para los labios vaginales.

Con la llegada del siglo XX, los conocimientos médicos acerca de la clorosis habían retrocedido hasta el punto de partida. Lo que había comenzado en la antigua Grecia como un particular trastorno mental que afectaba a jóvenes guapas y que estaba causado por una acumulación de sangre, se había convertido unos dos mil años más tarde en... un particular trastorno mental que afectaba a

jóvenes guapas y que estaba causado por una acumulación de sangre. Eso sí, a los médicos de principios del siglo XX les hubiera costado mucho explicar por qué el autoenvenenamiento menstrual era un fenómeno científico válido pero el desequilibrio de los humores no lo era, y puede que, con el tiempo, se hubieran visto obligados a hacerlo si la clorosis hubiera seguido preocupando a la comunidad médica.

Pero no fue así.[31] Con la llegada del nuevo siglo, el mundo fue cambiando científica, social y culturalmente. Muchas de las actitudes y prácticas que habían hecho de la clorosis un diagnóstico muy extendido en su día —la asociación entre belleza y fragilidad, las restricciones al consumo de carne que tantas deficiencias de hierro habían causado entre las jóvenes, las sangrías a embarazadas que provocaban anemias en los recién nacidos y los opresivos corsés que agravaban muchos de los síntomas de la clorosis— fueron pasando de moda paulatinamente, así como las costumbres victorianas que sometían a las mujeres a un estricto confinamiento. Subieron los bajos de los vestidos y cayeron las convenciones, y las jóvenes, que por fin se veían con la libertad de moverse en sociedad de manera independiente, dejaron de desear que les diagnosticaran una enfermedad que era sinónima de fragilidad y desmayos, ni a ellas ni a sus hijas. Un diagnóstico de clorosis, que antaño había funcionado como símbolo de estatus y como rito iniciático para jóvenes, evocaba ahora una imagen muy diferente: la de una criatura pálida, enfermiza y apática cuyo mal estado de salud era un lastre para la sociedad y daba una mala imagen a su madre, a quien se responsabilizaba del trastorno ya fuera por negligencia, por incompetencia o por ambas cosas.

Al mismo tiempo, los avances en las tecnologías médicas facilitaron la identificación y el tratamiento de la anemia, que era el verdadero origen de muchos de los síntomas de la clorosis, hasta que el mismo término cayó en desuso entre la población.[32] A su vez, la joven clorótica —ese arquetipo de la feminidad cuya piel pálida, ojos brillantes y frágil cuerpo habían despertado las simpatías de

profesionales de la medicina, documentalistas y poetas durante más de dos mil años— también empezó a desaparecer de los anales de la medicina y de la conciencia del público hasta no ser más que un recuerdo.

Su pecho comenzó a agitarse con violencia. Poco a poco fue reconociendo qué era aquello que se aproximaba a ella con la intención de dominarla y puso todo su empeño en impedirlo con la misma poca fortuna que habrían tenido sus dos finas y pálidas manos. Cuando se abandonó a la sensación, de sus labios, ligeramente separados, escapó una exhalación, una palabra que repitió sin parar, casi sin aliento: «¡Libre, libre, libre!». La mirada vacía y la expresión aterrorizada que habían sucedido a la palabra se borraron de sus ojos, que ahora observaban avizores y llenos de vida. Se le aceleró el pulso y la sangre que corría por sus venas inundó cada centímetro de su cuerpo de calidez y calma.

KATE CHOPIN,
«The Story of an Hour» [«Historia de una hora»], 1894[33]

Pese a ir desapareciendo poco a poco del panorama médico a partir de principios del siglo XX, la joven clorótica dejó su impronta en la cultura en forma de una persistente asociación entre feminidad y fragilidad en todo lo relativo a la sangre y el corazón. El estereotipo de la mujer de constitución débil es un tema particularmente relevante en «Historia de una hora», de Kate Chopin, publicado por primera vez en la revista *Vogue* en 1894.

«Conscientes de los achaques al corazón que aquejaban a la señora Mallard, se cuidaron mucho de notificarle la muerte de su esposo con suma delicadeza.» Así arranca el relato: retrata a una mujer joven con una enfermedad cardiovascular sin especificar que la ha dejado tan débil que cualquier noticia perturbadora podría suponer una seria amenaza para su salud.[34] La verdad, que la

familia de la señora Mallard ignora pero que le es revelada enseguida al lector, es que el paternalismo con que la ha tratado la sociedad en general y su esposo en particular le ha amargado tanto la vida que enterarse de la muerte de él en un accidente ferroviario es un alivio para ella. De hecho, durante la hora en que cree que su esposo está muerto, la señora Mallard parece desprenderse tanto de las ataduras de ser una mujer casada como de las limitaciones de su enfermedad. Su corazón, no tan débil después de todo, late fuerte, rápido y firme; la sangre corre caliente y con brío por sus venas, y le brillan los ojos. Es, por un instante, la imagen de una salud cardiovascular perfecta.

Entonces vuelve a casa el esposo, de cuyo fallecimiento han informado por error, y, al verlo, la señora Mallard cae muerta. Solamente el lector entiende por qué, no así los médicos presentes en el lugar de los hechos, piezas a su vez en el engranaje del sistema patriarcal que había aplastado el espíritu de la señora Mallard y acabado con su vida. La última frase del relato condena a la pobre mujer tras su muerte a la misma incomprensión que había recibido en vida: «Cuando llegaron, los médicos dijeron que había muerto de una cardiopatía: la alegría había acabado con ella».

En la medida en que la población era más consciente de los problemas cardíacos que afectaban a la mujer, la gente se los imaginaba como una especie de fragilidad congénita que dejaba tan débiles a las mujeres que un fuerte impacto emocional podía matarlas. (Si bien Chopin lo aprovecha para presentar un argumento subversivo sobre el sufrimiento de las mujeres sometidas a un sistema que limita sus libertades «por su propio bien», el tema acaba introduciéndose también en historias de terror, incluida la película *Les Diaboliques*, de 1955, en la que un hombre conspira con su amante para darle un susto de muerte a su esposa, quien sufre una cardiopatía.)[35]

Sin embargo, a diferencia de la joven clorótica, la mujer con el corazón débil de la ficción no contaba con una *doppelgänger* médica ni con una horda de doctores deseosos de ofrecerle un diagnóstico.

De hecho, los científicos más influyentes de la época creían que, en el caso de la mujer, un ataque al corazón de verdad era una invención, puede que hasta urdida por ella misma. En 1897, el mismo año en que Charles E. Simon divulgó su relativamente esclarecedora recopilación de estudios de casos clínicos de clorosis, un renombrado doctor llamado William Osler publicó su propio clásico sobre las cardiopatías, titulado *Lectures of Angina Pectoris and Allied States* [Conferencias sobre la angina de pecho y otros trastornos asociados], en el que argumentaba, de forma explícita y detallada, que no había que preocuparse por el corazón de las mujeres.

Curiosamente, Simon y Osler fueron coetáneos y amigos. Cuando las fobias de Simon lo incapacitaron para seguir ejerciendo la medicina con normalidad, fue Osler quien sugirió que reconvirtiera el establo de detrás de su casa en un laboratorio donde proseguir con sus investigaciones. Es una historia que no solo conmueve, sino que resulta reveladora: por muy grave que fuese la neurosis de su colega, Osler no la consideraba un obstáculo incapacitante para ejercer la medicina y seguir aportando al campo, pese a sus limitaciones. A la vista de su temperamento compasivo, se entiende que Osler fuera un excelente doctor, además de un notorio defensor de otros profesionales de la medicina un poco diferentes, de los que se enfrentan a retos, como, por ejemplo, las jóvenes emprendedoras que albergaban la esperanza de colarse en ese club masculino que es la medicina.

Por desgracia, esto también es una invención. Y no es que Osler fuese un médico sin talento —para algunos biógrafos, que lo describen como el padre de la medicina moderna, Osler fue «uno de los mejores médicos diagnosticadores de cuantos han empuñado nunca un estetoscopio»—; sin embargo, en lo concerniente al trato a las mujeres, la realidad es menos halagadora.[36] Osler no fue un gran defensor de las mujeres doctoras ni un salvador de las mujeres como pacientes.[37] En cuanto al corazón femenino, Osler sería uno de los máximos artífices de uno de los mitos más peligrosos de cuantos

se han propagado por el sistema médico, tan presente y tóxico hoy como entonces.

* * *

Corre el mes de septiembre de 1891 cuando la señorita C., de veintidós años, deja su ciudad natal, en la región de Finger Lakes, al norte del estado de Nueva York, y se dirige a la histórica ciudad de Baltimore, en Maryland.[38] El viaje es largo y la lleva más lejos de su hogar de lo que ha estado nunca, aunque la novedad que supone contemplar la campiña pasando a toda velocidad por delante de las ventanas del vagón de tren eclipsa la urgencia del propósito de su viaje. La joven busca desesperadamente una respuesta, pese a temerla, pese a temer lo que pueda revelar el diagnóstico.

La señorita C. lleva años padeciendo dolores y entumecimiento en el pecho y el brazo izquierdo, a veces más intensos y a veces menos, pero sin llegar a desaparecer del todo. Cada pocos meses, siente un espasmo en el corazón que la deja inmóvil y sin respiración. Un médico le ha dicho que tiene un tumor, mientras que otros no han sabido ni por dónde empezar. Ha sido el médico de la familia quien ha sugerido por fin que viaje al sur para consultar a un especialista que es un portento sin igual en el campo de la cardiología.

Según su médico, si hay alguien que puede decirle qué le pasa a su corazón, es el doctor William Osler.

Osler, de cuarenta años y con unas entradas pronunciadas de pico de viuda y bigote de morsa, acababa de llegar a la cima de la que sería una carrera de las que hacen historia. En esa época llevaba solo dos años como director médico del recién creado Johns Hopkins Hospital y ya tenía reputación de ser un brillante médico diagnosticador gracias a su meticulosidad a la hora de registrar la historia clínica de los pacientes. Su cita más célebre, la que acabaría integrándose en la formación de prácticamente todos los aspirantes a doctor que pasan por las facultades norteamericanas de Medicina,

predica la buena nueva de la medicina centrada en el paciente: «Escucha a tu paciente, pues te está diciendo el diagnóstico».[39] De manera que Osler, haciendo honor a su reputación, examina a la señorita C. detenidamente y toma notas con meticulosidad y detalle.

Un siglo más tarde, contamos con bastante información sobre la señorita C.: la fecha precisa en que la vio Osler (el 29 de septiembre, lunes), la edad que tenía cuando aparecieron por primera vez los síntomas (los dolores le empezaron con doce años), los respingos que dio cuando Osler le tocó la piel de la muñeca izquierda para tomarle el pulso. Sabemos que la joven era una estudiante diligente y que jugaba al tenis por diversión. Sabemos que los síntomas que experimentaba desconcertaban a sus médicos, por un lado, y preocupaban a sus amigos, por otro.

Sin embargo, sabemos todo esto a través de Osler y no de la señorita C. La información que nos consta de esta joven es, simplemente, la que él decidió que valía la pena anotar. Y, al esbozar este retrato médico, Osler no revela en realidad quién fue la señorita C., ni siquiera qué la aquejaba, sino cómo la veía él, un médico cuya inestimable convicción de que había que escuchar a los pacientes coexistía con otro conjunto de valores, mucho menos ilustrado, acerca de los corazones y la salud de las mujeres, y de la fiabilidad de estas como intérpretes de lo que sucedía en sus propios cuerpos.

En cuanto al diagnóstico que tantos kilómetros había recorrido para recibir, lo cierto es que la señorita C. se volvió a casa con las manos vacías. Si Osler tenía alguna respuesta, o no era a la pregunta de ella o no se la comunicó.

«Es evidente que la paciente es muy neurótica. No padece ninguna enfermedad coronaria ni tiene la tensión alta, y tampoco presenta arterioesclerosis», escribe, señalando que los espasmos cardíacos que padece la joven están causados por «la excitación y la emoción» y no por un trastorno fisiológico.[40] La manda a casa con «prognosis favorable», el equivalente en medicina a una palmadita en el hombro y un «no te preocupes, tesoro». Pero ¿podría acaso haber sido de otra manera, cuando él ya había decidido de

antemano que el problema de la señorita C. no estaba en su corazón, sino en una predisposición a padecer de los nervios agravada por el exceso de estudio? ¿Cómo va a diagnosticar un médico algo que está convencido de que no existe?

¿Estás a punto de iniciar tus estudios de Medicina? No lo hagas. Vete a casa.

SIR WILLIAM OSLER,
doctor en Medicina, a la estudiante
de Medicina Dorothy Mendenhall, 1900[41]

El extraño caso de la señorita C. aparece en el texto antes mencionado de William Osler, *Lectures on Angina Pectoris and Allied States*, uno de los escritos didácticos más importantes de su carrera, aunque la publicación vio la luz en medio de dos incidentes dignos de mención, que, si bien serían sin duda insignificantes para Osler, ofrecen un contexto crucial para entender el papel del doctor a la hora de moldear la relación de las mujeres con el sistema médico.

El primero de estos incidentes tuvo lugar en 1894, tres años antes de la publicación de sus conferencias sobre cardiopatías, cuando Osler, ante una multitud congregada para la cena anual de la asociación de antiguos alumnos de la Facultad de Medicina de Harvard, declaró que enseñar medicina a mujeres era una misión imposible: «Cuando digo que el 33,3 por ciento de las señoritas, estudiantes, aceptadas en el Johns Hopkins Hospital ya se han casado cuando llega el final de nuestro corto año escolar, os puedo asegurar que la coeducación es un fracaso», manifestó.[42] (Puesto que no se había inventado aún el concepto de «tenerlo todo», la posibilidad de que las mujeres pudieran casarse y ser doctoras al parecer ni se le pasó por la cabeza.)

El segundo incidente ocurrió en la primavera de 1900, cuando Osler se cruzó con la aspirante a alumna de primer curso Dorothy Mendenhall, que visitaba la Facultad de Medicina del Johns Hopkins

para conocer las instalaciones. Osler se quedó mirando furioso a Mendenhall mientras la joven se apeaba del tranvía en la parada del hospital; luego la siguió, la interrogó y le ordenó que se fuera a su casa.[43]

Por supuesto que Osler no fue el único hombre que en aquella época pensaba que las mujeres no estaban capacitadas para ser doctoras, y en su favor hay que decir que tuvo alumnas en la facultad del Hopkins, de la que fue padre fundador además del primer profesor de Medicina. Dorothy Mendenhall, que por entonces tenía veinticinco años, sintió vergüenza cuando Osler se le acercó; anotó el suceso en su diario del siguiente modo: «Se me quedó mirando desconcertado. Parecía que me estaba repasando de arriba abajo para memorizar todos los detalles de cara al futuro».[44] Pero el encuentro no disuadió a Mendenhall: aparte de convertirse en una de las primeras mujeres licenciadas de la Facultad de Medicina Johns Hopkins, fue distinguida con una prestigiosa residencia que completó bajo la supervisión de Osler. Años más tarde, descubriría además una célula sanguínea fundamental, indicadora de la enfermedad de Hodgkin, un tipo de linfoma.

Osler tampoco fue el único doctor en desconfiar de las mujeres aquejadas del corazón: en la Francia de la década de 1860, la proximidad del órgano a los senos incomodaba de tal modo a un médico llamado René Laënnec, que este inventó un rudimentario prototipo del estetoscopio con el único propósito de evitar tener que acercar la oreja al pecho de las mujeres que acudían a su consulta.

Sin embargo, el legado de Osler y su descomunal influencia han tenido unas consecuencias específicas para la vida de las mujeres, ya sean doctoras o pacientes, desde entonces hasta hoy. Osler es responsable, más que casi ningún otro médico en la historia, de haber moldeado el sistema de formación y educación que reciben los doctores, de las decisiones que no solo atañen a los contenidos que aprenden los estudiantes, sino a cómo los aprenden. Entre estos logros hay algunos verdaderamente notables e innovadores: creó el modelo de residencia médica que sigue vigente en la actualidad, en

el que los futuros doctores rotan de un área de especialización a otra antes de elegir la suya, y también fue el primero en insistir en la necesidad de incluir en la formación el trato directo con el paciente; sacó a los estudiantes de las aulas y los llevó a aprender a los hospitales.

Asimismo, le debemos a Osler que la cardiología se diseñara con un paciente varón en mente, mientras que se pensaba que las mujeres aquejadas del corazón padecían neurosis, ansiedad o histeria. En particular, no solo se relacionaba el infarto con ser hombre, sino con la masculinidad, y se consideraba un mal especialmente trágico por su tendencia a acabar atrozmente con un tipo en particular de hombres viriles y trabajadores justo en el mejor momento de sus vidas adultas: «No es la persona delicada y neurótica la más proclive a padecer una angina de pecho, sino la robusta y vigorosa en cuerpo y mente, el hombre entusiasta y ambicioso, dueño de un motor que siempre funciona a máxima velocidad», declaró Osler.[45]

Casi todos los casos analizados por Osler en su libro de 1897 sobre enfermedades coronarias son hombres. Además, describe específicamente al paciente típico de angina de pecho como «un hombre fornido de entre cuarenta y cinco y cincuenta y cinco años, con porte militar, el cabello plateado y una tez rubicunda».[46] De las mujeres, por otro lado, dice que padecían lo que él denominaba «pseudoangina de pecho» —una falsa angina, literalmente—, que describía un conjunto de síntomas que se hacían pasar por la verdadera enfermedad y que eran producto de la neurosis. (Paradójicamente, se indicaban la ansiedad y el estrés emocional como serios factores de riesgo de infarto, pero únicamente en el caso de los hombres.)

La falta de consideración de Osler hacia estas mujeres es tremenda. No solo describió sus síntomas como el equivalente coronario de las noticias falsas, sino que además insistió en que no resultaban mortales en ningún caso. Esta sección de sus conferencias arranca con una generalización categórica aplicable a

cualquier mujer joven que se presentara en la consulta quejándose del corazón, con la que da al lector licencia para despacharla sin más: «Las pacientes no corren peligro de muerte».[47]

«Hay que tener siempre en mente la extrema excepcionalidad de una verdadera angina de pecho en una mujer», escribió Osler.[48] Por un lado, puede leerse el comentario como una variación de la clásica máxima médica anglosajona sobre la conveniencia de pensar primero en el diagnóstico más probable y extendido y no en el más raro: «Cuando oigas ruido de pezuñas, piensa en caballos y no en cebras».*

Por otro lado, reprender a los estudiantes de Medicina por contemplar la excepcionalidad es con frecuencia otra manera de decirles que nunca piensen en cebras (es decir, en las enfermedades coronarias de la mujer).

En efecto, los médicos llegaron a creer que un ataque al corazón era algo tan excepcional en una mujer que apenas merecía ser contemplado como diagnóstico, y el estudio de la cardiología llegó a excluir sistemáticamente a las mujeres como pacientes. De acuerdo con las aseveraciones de Osler, se empezaron a ningunear sistemáticamente toda una serie de trastornos cuando afectaban a las mujeres, incluidos el ataque al corazón o las arritmias, despachándolos como meros síntomas de algún desequilibrio emocional en lugar de como enfermedades orgánicas del sistema cardiovascular. En 1895, sir Henry Thompson enseñaba a los lectores de su *The Family Physician; A Manual of Domestic Medicine* [El médico de familia. Manual de medicina doméstica] —una guía médica fundamental para los doctores de la época— que la arritmia cardíaca, entonces conocida como «palpitación», derivaba de una predisposición nerviosa que se daba en pacientes «emocionales o susceptibles».[49] Ya sabemos lo que quiere decir eso, por supuesto.

«Por lo tanto, dada la constitución nerviosa del sexo femenino, la predisposición a padecerla es mayor en la mujer que en el hombre», escribió Thompson, y procedía entonces a señalar que las mujeres eran particularmente propensas a la inestabilidad emocional

—y, por ende, a presentar síntomas de arritmia— cuando estaban a punto de menstruar. Por lo que respecta a los cuadros de arritmia que presentaban los pacientes masculinos, Thompson explicaba astutamente que sobre todo afectaban a un tipo determinado de hombre: «Cuanto más se asemeja el sistema nervioso masculino al femenino, más probabilidades tiene de padecer palpitaciones».[50]

En otras palabras: los infartos son para los guerreros; las arritmias, para los afeminados. A las mujeres, por su parte, se las excluía del debate directamente. Para la comunidad médica, los problemas coronarios eran cosa de hombres y, si una mujer se presentaba con achaques, el problema no estaba en su corazón, sino en su cabeza.

La esposa necesita todo el tacto posible por parte del psiquiatra y todo el autocontrol posible por la suya para que el marido abra la cartera; sin atosigarlo, no sea que acabe resistiéndose obstinadamente.

PAUL DUDLEY WHITE,
doctor en Medicina, «On Hearts and Husbands»
[«Sobre los corazones y los maridos»], 1966[51]

William Osler falleció en 1917, pero dejó a sus espaldas un legado de lo más variopinto: un modelo de formación médica que sigue vigente en 2022 y una latente falta de interés por las cardiopatías en la mujer que ha persistido prácticamente el mismo tiempo. Tan convencida estaba la comunidad médica de que las cardiopatías eran casi exclusivamente cosa de hombres que no se celebró la primera conferencia de la American Heart Association dirigida a mujeres hasta 1964, e incluso entonces se trató de una charla para mujeres que versaba sobre hombres. Llevaba por título «Hearts and Husbands» [«Corazones y maridos»] e instruía a las mujeres en los métodos para atender —o manipular— a los hombres de su entorno con el fin de hacerles llevar un estilo de vida saludable para su bienestar coronario. Quizá huelga decir que fue además una

barra libre de clásicos sexistas de mitad de siglo, donde abundaron consejos como estos: «Tus tareas diarias de ama de casa, como barrer, limpiar el polvo, hacer las camas o ir detrás de los niños te dan ventaja sobre tu marido en lo que respecta al ejercicio, ayúdalo a ponerse al día».[52]

No obstante, por muy absurda que fuese la conferencia sobre corazones y maridos, las actitudes arraigadas acerca de la mujer como paciente cardiópata que dejaba entrever no solo eran muy serias, sino también mortales. En los asuntos del corazón, se estaba excluyendo de manera rutinaria y sistemática a las mujeres de los diagnósticos, los tratamientos y las investigaciones, y de la consciencia médica en general. Cuando se llevó a cabo el primer ensayo clínico para establecer el vínculo entre colesterol y cardiopatía, en 1982, el conjunto de datos usado incluía a 12.866 hombres, pero a ninguna mujer.[53] En 1995, el influyente estudio que determinó que la aspirina podía reducir el riesgo de infarto incluía a 22.000 hombres, pero, de nuevo, a ninguna mujer.[54]

Mientras tanto, el *ethos* de «caballos y no cebras» que impregnaba la idea de que las cardiopatías eran una rareza en la mujer siguió siendo el consenso en medicina durante más de cien años, y provocó que se infradiagnosticaran dichas enfermedades y, además, que uno de los mayores riesgos para la salud de las mujeres quedase nublado por un extraordinario desconocimiento. Hasta 1994 no se puso en marcha la primera iniciativa gubernamental dedicada a investigar de forma específica las cardiopatías en la mujer. Go Red for Women (Viste de rojo por las mujeres), la campaña de la American Heart Association diseñada para visibilizar y sensibilizar sobre la salud cardiovascular femenina, se estableció finalmente en 2004, cuando solo el 30 por ciento de las mujeres era consciente de lo preocupantes que son las cardiopatías para su salud.[55]

Desde entonces, la comunidad científica ha estado intentando ponerse al día a toda velocidad en lo que respecta a la atención al corazón de la mujer, tratando de compensar un siglo de ninguneo a

las pacientes cardiópatas. Ha habido verdaderos avances en algunas áreas: en la actualidad, el 38 por ciento de las participantes en investigaciones cardiovasculares son mujeres; una cifra que, si bien no es paritaria, representa una enorme mejora respecto al cero por ciento anterior.[56] En cambio, en otros frentes, los médicos siguen sin ponerse al día ni escapar a la pertinaz influencia de Osler y su pseudoangina. Una mujer que padece una cardiopatía sigue recibiendo un tratamiento mucho menos agresivo que un hombre. Tiene muchas menos posibilidades de que le diagnostiquen la enfermedad y la traten con procedimientos terapéuticos como el cateterismo cardíaco, la angioplastia con globo o la revascularización coronaria. Es menos probable que le receten medicamentos para prevenir la cardiopatía (y más probable que le digan que cambie de estilo de vida, que pierda peso o que haga ejercicio). Sus síntomas de infarto se consideran atípicos y es más probable que el médico no les dé importancia.[57] El equipo utilizado para diagnosticarla sigue calibrado para el cuerpo de un paciente cardiópata estándar (léase: de un hombre); y el doctor que interpreta los resultados también es, con toda probabilidad, un hombre.[58] Solo el 13 por ciento de todos los cardiólogos son mujeres y aún es menor el número de electrofisiólogas, especializadas en la arritmia que afecta de manera desproporcionada a las mujeres.

En la actualidad, un tercio de las mujeres desarrollan una cardiopatía en algún momento de su vida; en uno de cada cinco casos, la enfermedad resultará mortal.[59] Estas cifras no solo superan a las del cáncer de mama, sino a las de todos los tipos de cáncer juntos. Cien años después de que William Osler declarara que, en lo que respecta a la mujer, la insuficiencia cardíaca está en su cabeza, las cardiopatías son la primera causa de muerte entre las mujeres: muy real, desde luego, y, en muchos casos, muy ignorada hasta que es demasiado tarde.

Las cardiopatías son enfermedades que afectan a las mujeres y no solamente una enfermedad de los hombres disfrazada.

BERNADINE HEALY,
doctora en Medicina, 1991[60]

Corre el año 2004, el mes de enero está a punto de acabar y estamos en plena temporada de gripe, una de las peores de las que se tienen registro. Las Urgencias del Elmhurst Hospital están a rebosar de personas que tosen, gimotean y se sorben los mocos; una dosis extra de sufrimiento que se suma al habitual batiburrillo nocturno de víctimas de accidente, pacientes psiquiátricos o diabéticos que han intentado racionarse la insulina hasta provocarse una crisis por haberse saltado demasiadas dosis. El ambiente es ruidoso y caótico, el suelo está pringado de ese húmedo revoltijo de sal, barro y nieve derretida que deja las calles de Nueva York resbaladizas en invierno. En noches así, los pacientes pueden esperar horas: la medianoche se convierte en la una, luego en las dos… y al personal de Admisiones le cuesta priorizar mientras realizan el triaje de los casos según su gravedad.

Casi siempre aciertan.

Pero esta noche, no.

Se llama Paula. Tiene treinta y ocho años y lleva un gorro y un abrigo de invierno encima del pijama; no le ha dado tiempo de cambiarse antes de salir hacia el hospital. Como muchos otros pacientes, ha acudido sola; su marido, que estaba durmiendo a su lado cuando ella se ha despertado con temblores y sin poder respirar, se ha quedado en casa con los niños. La más pequeña, una niña, solo tiene tres meses, un dato que comparte entre disculpas por ocupar sitio en las Urgencias. Dice que es auxiliar de enfermería y sabe lo mucho que se llenan, sobre todo en esa época del año y a esas horas de la noche. Se le ve el miedo en los ojos: no estaría allí, asegura, de no sentirse verdaderamente mal.

Desde luego, algo no va nada bien.

Pero el sanitario que la ha recibido no se ha dado cuenta, puede que a causa del caos que reina en la sala de espera, puede que debido a que la enfermedad que padece no presenta unos síntomas

que activen la señal de alarma. No sangraba ni tenía fiebre ni se quejaba de dolores en el pecho. Sus síntomas —sudoración, hinchazón en las piernas, dificultad para respirar que empeoraba al tumbarse— no indicaban nada concreto a primera vista, desde luego nada mortal. En una noche así, con tanta gente, ella no era más que una entre las decenas de pacientes que se dejaban en la sala de espera, que parecían poder esperar.

Tienen que pasar unas horas para que la verdad empiece a salir, cuando el supervisor de residentes le hace más preguntas a Paula y esta menciona a su bebé recién nacido. Durante el embarazo la han estado molestando los mismos síntomas, que algunos médicos habían despachado primero como una bronquitis y más adelante como algo de lo que ella misma era responsable «por estar en baja forma». Paula le había comunicado con insistencia a su obstetra que estaba agotada, que tenía las piernas hinchadas y que le costaba respirar. Hay antecedentes en su familia: su abuela falleció de un problema coronario sin especificar poco después de parir a su madre.

Esta forma de insuficiencia cardíaca que afecta a mujeres embarazadas o que acaban de parir, y que a menudo se transmite genéticamente, tiene un nombre. Es incluso fácil de detectar si conoces los síntomas: hinchazón en la parte inferior de las piernas, dificultad respiratoria, fatiga; los típicos indicadores de un corazón que ha dejado de trabajar eficazmente. Cuando el supervisor de residentes pide un ecocardiograma, la prueba revela que el corazón de Paula está bombeando al 20 por ciento de su capacidad normal.

Sin embargo, a Paula no la van a diagnosticar esta noche. Ni el supervisor de residentes ni el cardiólogo ni el equipo médico que se afana frenéticamente por revivirla mientras ella yace sin vida sobre la camilla y las palabras «tiene tres niños pequeños en casa» rebotan entre el ruido de cajones metálicos que se abren y cierran para sacar medicamentos, los acelerados pitidos de los monitores del corazón o el rítmico siseo de la mascarilla del resucitador que le cubre la cara. Cuando alguien pronuncia las palabras en voz alta —

miocardiopatía periparto—, es porque las está escribiendo en el formulario de la autopsia de Paula como factor contribuyente en la embolia pulmonar masiva que ha acabado con su vida.

* * *

Yo tenía veintiséis años y estaba haciendo mi residencia cuando me encontré con Paula en las Urgencias del Elmhurst. Vi la cara del supervisor de residentes ensombrecerse de preocupación al darse cuenta de la gravedad de la situación. Vi la angustia del equipo de Cardiología, que no llegó a tiempo de evitar una muerte que podría, y debería, haberse podido prevenir. Si la persona encargada del triaje se hubiera dado cuenta de que había dado a luz hacía poco; si su obstetra hubiera reconocido que sus síntomas durante el embarazo se correspondían con los de un principio de miocardiopatía; si la comunidad médica no se hubiera pasado casi dos siglos ignorando y ninguneando a las pacientes cardiópatas de tal manera que, en 2004, todavía se investigaban poco y se malinterpretaban las manifestaciones de las cardiopatías que afectaban a las mujeres.

La dolencia de Paula había llegado a un punto sin retorno cuando ella acudió aquella noche al hospital, pero además de fallarle el corazón, también lo hizo el sistema.

Resulta paradójico que los médicos que creían que a las mujeres no les afectaban las cardiopatías de la misma manera que a los hombres no fueran del todo desencaminados. Estas enfermedades son diferentes para ellas: presentan síntomas diferentes, factores de riesgo diferentes y causas subyacentes diferentes. Por eso, que se ignoraran sus corazones durante tanto tiempo solo empeora la situación; aparte de ser necesario incluir a las mujeres en la investigación cardiológica, había también que estudiarlas de forma específica y centrando la atención en comprender las diferencias entre sexos.

La doctora Hafiza Khan, una de las pocas electrofisiólogas clínicas de la actualidad, describe las limitaciones vigentes a la hora de diagnosticar una cardiopatía a una mujer con los instrumentos y los estándares diseñados en su día con el hombre en mente. En gran medida, esto se remonta al principal instrumento diagnóstico utilizado en cardiología, el electrocardiograma, pensado para medir la conductividad eléctrica del corazón e identificar si existe alguna anormalidad. Pero la definición de «normal» del electrocardiograma ha sido calibrada tomando como modelo el cuerpo de un hombre de mediana edad y peso medio, de manera que, cuando le conectan el aparato a una mujer, la cosa se complica.

«El riesgo de arritmia en una mujer varía según su ciclo menstrual. Cuando se produce el pico de estrógeno durante la ovulación, no solo aumenta la temperatura, la frecuencia cardíaca también se incrementa entre dos y cuatro latidos. Por otro lado, tenemos el nivel más bajo de estrógeno y progesterona justo antes de que empiece el período, y es este el momento en que es más probable que una mujer presente arritmias», explica Khan.[61]

Curiosamente, sir Henry Thompson casi acertó al declarar en 1895 que las mujeres eran proclives a padecer arritmias durante el período premenstrual debido a la agitación emocional que les causaba la inminente llegada de la regla, salvo que son las hormonas, y no la histeria, las que afectan a la frecuencia cardíaca de una mujer. El ciclo menstrual de la mujer está vinculado inexorablemente al riesgo de padecer una arritmia mortal: las pacientes con síndrome de QT largo, un trastorno que puede provocar un ritmo cardíaco acelerado y caótico, corren un riesgo mayor de morir durante el embarazo o justo antes de la menstruación.[62] Otro trastorno, la miocardiopatía de *takotsubo* —también conocida como «síndrome del corazón roto», que puede desencadenarse tras un episodio de estrés emocional extremo— se da predominantemente en mujeres en la posmenopausia.[63] Otro, el síndrome de Grinch —también llamado «síndrome de taquicardia ortostática postural»—, que supuestamente se caracteriza por tener

un corazón más pequeño de lo normal, no se detecta en mujeres, a quienes afecta de manera desproporcionada, debido a que sus corazones ya suelen ser más pequeños de por sí.[64]

Sin embargo, el electrocardiograma no está adaptado para ninguno de estos casos, y los doctores, que son quienes solicitan la prueba, ya sea durante un control rutinario en atención primaria o en la sala de Urgencias, a menudo desconocen este factor.

Pese a que la comunidad médica ha empezado por fin a ser más consciente de las cardiopatías en la mujer, la visibilidad sigue siendo un problema en varios sentidos. Mientras que los hombres tienden a padecer bloqueos en una de las arterias principales del corazón, en las mujeres las cardiopatías suelen afectar a vasos más pequeños que los instrumentos de escaneo tradicionales no detectan tan fácilmente, como sucede con el angiograma. Pero la visibilidad es también menor desde el punto de vista cultural, lo cual muchas veces implica que una mujer que está sufriendo un ataque al corazón no sabe que le está pasando, o que corre el riesgo de que le pase.[65] Hay muchas mujeres que no saben que el embarazo o los suplementos hormonales suponen un riesgo para el corazón. Muchas ignoran que los trastornos de inflamación sistémica o las enfermedades autoinmunes, que afectan de manera desproporcionada a las mujeres, las hacen más proclives a padecer cardiopatías. Muchas siguen sin asociar la fatiga, las náuseas y la dificultad respiratoria con los síntomas de un infarto, a pesar de que son las señales de alarma que con más frecuencia se presentan en mujeres. En la actualidad, todavía es más probable que una mujer llame a una ambulancia cuando su marido está teniendo un infarto que cuando lo está teniendo ella.[66]

Y, al igual que Paula, muchas siguen falleciendo a causa de enfermedades que se pueden prevenir porque les falta información y porque a nadie se le ocurrió preguntar.

Ygritte: ¿Qué es desmayarse?

Jon Snow: Cuando una chica ve sangre y se desploma.

YGRITTE: ¿Y por qué va a desplomarse una chica al ver sangre? Las chicas ven más sangre que los chicos.

Juego de tronos, «El oso y la doncella»,
emitido por HBO en 2013[67]

La enorme ignorancia que rodea las cardiopatías en la mujer es uno de los escándalos más conocidos de la historia de la medicina; un ejemplo flagrante de sesgo que ha arraigado tanto en la medicina del sistema circulatorio como en la ciencia en su conjunto, y cuya influencia se puede apreciar con claridad aún hoy. Por el contrario, los tiempos en los que los médicos le hacían una escisión en las venas a una mujer —o le ponían sanguijuelas en los genitales— para tratar de aliviar una acumulación tóxica de sangre menstrual parecen haber quedado muy lejos.

Y, sin embargo, el legado de la teoría de los humores y sus adeptos, de la noción de que la mujer y la sangre no tienen mucho que ver, sigue siendo un factor sutil a la par que desconcertante cuando se trata de diagnosticarle un trastorno relacionado con la sangre, debido principalmente a esa asociación continuada y, de algún modo, innombrable que aún se establece con la menstruación. Está la anemia ferropénica, causante de toda una gama de síntomas, entre los que se incluyen la neblina mental y la fatiga, y que sigue tan infradiagnosticada que todavía afecta a una de cada cuatro chicas adolescentes aproximadamente.[68]

* * *

Pensemos en un trastorno como la enfermedad de Von Willebrand, una coagulopatía que afecta a ambos sexos indistintamente pero que es desproporcionadamente grave en las mujeres.[69] Algunas de las pacientes diagnosticadas de clorosis en la época victoriana debido a su palidez y la fatiga que sentían en realidad podrían haber

estado aquejadas de esta u otra coagulopatía, ignorada en la época debido a la equivocada idea de que este tipo de enfermedades afectaban principalmente a los hombres y a que uno de los síntomas del trastorno era —y es— un abundante sangrado menstrual.

Según Rekha Parameswaran, hematóloga del centro oncológico Memorial Sloan Kettering, es habitual, como lo fue en el pasado, que no se detecten las coagulopatías cuando afectan a la mujer. «Las mujeres siguen sin hablar de su sangrado con el médico. Sienten pudor o vergüenza, o creen que lo que les pasa es lo normal», explica.[70]

Una de las pacientes de Parameswaran, con una edad comprendida entre los cuarenta y cinco y los cincuenta años, siempre había tenido reglas tan abundantes que empapaba unas cinco compresas al día. Sin embargo, debido a que les sucede lo mismo a todas las mujeres de su familia, ella daba por hecho que sus reglas eran normales y ninguno de los médicos que la habían visto a lo largo de los años había hecho jamás el tipo de preguntas que podrían haberla llevado a pensar lo contrario. No obstante, cuando estuvo a punto de morir desangrada en el quirófano durante una histerectomía que le dejó una herida que no había forma de que cerrara ni cicatrizara, alguien consideró por fin evaluarla por si sufría alguna coagulopatía. La doctora Ariela Marshall, hematóloga especializada en el tratamiento de mujeres con coagulopatías, cuenta que el *establishment* médico empieza por fin a avanzar en este sentido, al menos en lo que respecta a los protocolos preoperatorios: a las mujeres les hacen ahora pruebas rutinarias de detección de la enfermedad de Von Willebrand antes de una histerectomía, y esto evita tragedias como la descrita.[71] Es un comienzo, aunque seguimos muy lejos de la paridad de género en el diagnóstico de las coagulopatías.

Los hombres con la enfermedad de Von Willebrand son diagnosticados normalmente a los diez años de edad, mientras que se tardan dos más en el caso de las mujeres, quienes, de promedio,

tienen que esperar dieciséis años desde que aparece el primer conjunto de síntomas hasta saber qué les pasa.[72]

Pese a que los médicos ya no especulan con la posibilidad de que una mujer se esté envenenando por un exceso de su propia «repugnante» sangre menstrual, la falta de interés ante un sangrado insano y sus posibles implicaciones sigue arraigada en el *establishment* médico. Y, entretanto, las mujeres siguen sufriendo, no por falta de tratamientos, sino porque piensan que no hay más remedio, porque no saben, y nadie les dice, que lo que les pasa no es normal y porque la comunidad científica sigue evitando los tabúes que necesitamos derribar si queremos que las mujeres se empoderen para llevar una vida más sana.

* * *

Si William Osler es el padre de la medicina moderna, Nanette Wenger podría considerarse la hija y heredera, incluida la parte en que le tocó enmendar todos los desaguisados cometidos por los hombres que la precedieron. En 1954, Wenger se convirtió en una de las primeras mujeres licenciadas de la Facultad de Medicina de Harvard tras haber iniciado su educación médica solamente cinco años después de que la institución permitiera el acceso a las mujeres.[73] En el momento en que escribo estas páginas, Wenger es una leyenda nonagenaria en su área de especialización, de cuya memoria es salvaguardia; la reconforta ver lo mucho que ha avanzado la medicina cardiovascular femenina desde los tiempos de Osler, aunque es perfectamente consciente de todo el trabajo que queda por hacer.

Wenger ha dedicado su carrera a la salud coronaria de las mujeres, empezando por su puesto titular de jefe de residentes de Cardiología —la primera mujer en ocupar el cargo— en el hospital Mount Sinai de Nueva York. Fue allí donde, a finales de la década de 1950, reparó por primera vez en la exclusión generalizada y sistemática de las mujeres tanto de las investigaciones como de la

consciencia médica. Según Wenger, cuando se hablaba de la salud de las mujeres, se referían a las mamas y a la reproducción.

«Se daba por hecho que todo lo demás era igual que en los hombres. Cuando empecé a tratar a pacientes, me fui dando cuenta de que las mujeres cardiópatas ingresadas en el hospital que habían sufrido un infarto agudo de miocardio no se recuperaban bien, pero cuando acudía a los libros, a la literatura, no encontraba nada al respecto», rememora.[74]

La trayectoria profesional de Wenger ilustra a la perfección cuánto se ha avanzado a la hora de desenmarañar el sesgo en las cardiopatías de la mujer y cuánto queda por hacer todavía. Tras descubrir que se había excluido a las mujeres de la literatura médica al respecto, Wenger se propuso sensibilizar a todos, doctores y pacientes. Resultó ser una ardua batalla. Cuando en 1977 reunió, en colaboración con la doctora Harriet Dustan, una serie de presentaciones para televisión sobre las cardiopatías de la mujer, los productores solo aceptaron emitir los programas a las once de la noche, cuando un pequeño número de personas estaban despiertas para verlos.[75] Cuando en 1992 publicó un influyente artículo en *The New England Journal of Medicine* en el que resumía hasta qué punto eran insuficientes la investigación y el estudio de las cardiopatías en mujeres, la enfermedad de arterias coronarias ya era la primera causa de muerte entre las mujeres, además de una dolencia infradiagnosticada y poco tratada cuyos riesgos eran apenas conocidos entre la población.[76] Hasta 2001, y con la publicación de un informe para el Institute of Medicine titulado «Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?» [«Un examen de las contribuciones biológicas a la salud humana: ¿Importa el sexo?»], no empezó a disminuir, y a descender drásticamente más tarde, la mortalidad asociada a problemas cardiovasculares entre las mujeres.[77]

Por fin los médicos habían empezado a hacer las preguntas adecuadas.

En 1583, en un texto del anatomista Felix Platter apareció una de las primeras ilustraciones del sistema circulatorio que diferenciaban por sexos.[78] Se trata del dibujo de un curioso artefacto, impreciso desde el punto de vista anatómico aunque muy perspicaz como metáfora: muestra un agujero con forma de corazón en la base del esternón a través del cual Platter creía que circulaba, desde el útero hasta las mamas, la sangre menstrual sin expulsar de una mujer embarazada, donde se transformaba en leche que serviría para amamantar a su bebé llegado el momento.

Si esta teoría alquímica del origen de la leche materna suena absurda y profundamente acientífica, es porque lo es. Sin embargo, pese a su falta de utilidad médica, la ilustración de Platter posee una importante carga semántica en lo que respecta a qué partes de la anatomía de una mujer se consideraban merecedoras de estudio científico. Cualquier sistema fisiológico relacionado con su papel de madre y cuidadora se juzgaba interesante; el funcionamiento interno del corazón, por otro lado, era insignificante y no merecía atención. Y si bien las equivocadas nociones de Platter sobre el funcionamiento del sistema circulatorio femenino fueron oportunamente descartadas con el tiempo, tendría que pasar aún medio milenio antes de que la ciencia desarrollara por fin una tecnología de escaneo para examinar el corazón de la mujer, para ver qué lo hace único y diferente, aunque no menos susceptible a enfermar ni menos necesitado de protección.[79]

«Creo que no hemos hecho más que rascar la superficie —dice Nanette Wenger—. La enfermedad cardiovascular, la hipertensión, la enfermedad de las arterias coronarias, la insuficiencia cardíaca… Hay diferencias entre todas ellas. Y estamos empezando a mirar.»

5

ALIENTO

SISTEMA RESPIRATORIO

A lo mejor las mujeres respiran un aire diferente

Soy consciente de que la consunción es una enfermedad favorecedora.

CHARLOTTE BRONTË, 1849[1]

Nunca ha estado más encantadora. Tan pálida, tan delicada, tan adorable y frágil como una muñeca de porcelana. Bajo la grácil curva de sus pronunciadas clavículas tiene unos hoyuelos sumergidos en sombras y, en las mejillas, dos rosas encendidas. Le brillan los ojos, los labios los tiene encarnados y únicamente se oscurecen cuando, de tanto en tanto, les acerca el pañuelo de encaje que sostiene entre los finos dedos de la delicada mano.

Le dedicarán poemas a su belleza de ese preciso momento, el del ocaso de su breve y trágica vida. Vendrán odas, sonetos y canciones. Hay algo de sobrenatural en su encanto, parecido al de una flor tan exótica y frágil que no te atreves a tocarla por miedo a que se caigan los pétalos, y te limitas a contemplarla con un sobrecogimiento tierno y respetuoso mientras florece vigorosa —y efímera— y muere.

Pasa su último día recostada entre almohadones. El movimiento de su pecho es tan leve que apenas se percibe; su piel es tan blanca que parece casi traslúcida, como si alguna parte de ella ya se

hubiera desvanecido bajo el velo. Se lleva el pañuelo blanco a los labios.

Tose.

No le queda mucho.

La sangre que tiñe el trozo de tela que han tocado sus labios es del rojo más bello que existe.

* * *

Pese a su reputación de aumentar la belleza de las mujeres que la padecían y a su insistente omnipresencia en los dramas de ficción sobre inválidas hermosísimas de la época eduardiana, la realidad de la tuberculosis —o «consunción», como se la llamaba coloquialmente en el siglo XVIII— no tenía nada de encantadora.[2] La enfermedad, una infección bacteriana que se inicia en los pulmones, resultaba letal, pero la agonía era lenta e iba destruyendo el cuerpo de dentro hacia fuera a lo largo de meses o incluso años. Los afectados, débiles y demacrados, finalmente tosían hasta morir envueltos en unas sábanas empapadas en sudor, flema, sangre y, a veces, heces (la diarrea incontrolable, a pesar de no mencionarse jamás entre los síntomas más románticos de la tuberculosis, aquejaba a cerca del 30 por ciento de los dolientes). En su punto álgido, desde finales del siglo XVIII hasta mediados del XIX, se estima que la tuberculosis mató a la cuarta parte de la población de Europa, y se cebó especialmente y de manera trágica con los jóvenes adultos.[3]

Con todo, debido a la compleja interacción entre las costumbres culturales, médicas y sociales de la época, la tuberculosis adquirió un cierto caché —sobre todo cuando afectaba a las mujeres— que acabó convirtiendo la enfermedad en poco menos que una aspiración, fundamentada en la idea, de moda entonces, de que había algo fantásticamente femenino en sentirse débil. Las mismas fuerzas que se habían manifestado en la medicina cardiovascular en forma de obsesión por la clorosis y en la medicina ortopédica en la preocupación por el reducido tamaño de los cráneos femeninos se

revelaron aquí en una fascinación por la joven tísica, una criatura pálida y etérea cuyo poder seductor crecía al tiempo que se acercaba a una muerte inevitable.

Salvo algunas notorias excepciones —la ya mencionada diarrea —, el aspecto de la tuberculosis solía coincidir con los estándares de belleza de la época: una piel tan pálida que se vuelve casi transparente, una demacración provocada por la falta de apetito y un rubor natural en mejillas y labios. En su libro *Consumptive Chic* [Elegancia consuntiva], Carolyn A. Day escribe: «En lugar de dejar irreconocible a la enferma a medida que avanza su deterioro, el desgaste asociado a la dolencia se identificaba con la idea de belleza».[4] La conexión imaginada entre tuberculosis y belleza era además un toma y daca: se decía de la enfermedad que hacía más bellas a las mujeres del montón, aunque amenazaba especialmente a las jóvenes guapas, al parecer más proclives a padecerla.

Entre el supuesto *sex appeal* de la tuberculosis y su mortalidad entre los jóvenes, sufrir la enfermedad —o parecerlo al menos— acabó asociándose a un cierto estatus.[5] Esto sucedía en un momento en que el valor de la mujer iba muy ligado a la feminidad, la fragilidad y la pureza. La joven tísica vivía en el cautivador punto de unión entre esos tres conceptos; la dolencia la hacía sexualmente deseable a la vez que demasiado enferma para consumar ese deseo. Y su muerte, por desconsoladora que fuese, únicamente lograba cimentar el estatus de la joven como una especie de arquetipo de la pureza femenina, sin la tacha de las fuerzas que conspiraban habitualmente para robarle a una mujer su valor poco a poco. En aquel momento era posible imaginar que las pacientes de tuberculosis estuvieran destinadas a algo mayor y más significativo que los caprichos mundanos de la vida mortal: cuando llegaba su momento, la joven tísica moría en un estado de gracia inmaculada, sin haber conocido los estragos del tiempo o de la lujuria.

La cultura de principios del siglo XIX estaba impregnada de imágenes de estas bellas moribundas que languidecen en su lecho de muerte mientras un arrebato de pena y deseo se apodera de

quienes las rodean. *La dama de las camelias*, de Alejandro Dumas,[6] y *Los miserables*, de Victor Hugo,[7] relatan la trágica y heroica muerte de sendas mujeres aquejadas de consunción, al igual que *La traviata*, de Verdi,[8] o *La bohème*, de Puccini.[9] En *Cumbres borrascosas*, Emily Brontë se deleita al describir a la tuberculosa Frances, «bastante delgada pero de complexión joven y lozana, y unos ojos brillantes como diamantes».[10] Y, cuando la querida prima de Henry James, Minny Temple, murió de tuberculosis en 1870, el autor canalizó su duelo y lo convirtió en un homenaje. En su novela de 1902, *Las alas de la paloma*, una bella heredera enferma, Milly Theale, es seducida con fines maliciosos por un hombre llamado Merton Densher, quien espera heredar su dinero cuando ella muera y así poder casarse con la mujer que desea en realidad.[11] Pero a Merton el tiro le sale por la culata: Milly es tan encantadora y buena, tan bella y pura, que su muerte, lejos de ser una bendición, los destruye irremediablemente a él y a la mujer con la que quiere casarse.

Incluso en las etapas finales de la enfermedad, y aun en la vida real, una mujer con tuberculosis podía seguir siendo objeto de la adoración más absoluta. En 1842, un fragmento que suele atribuírsele a Edgar Allan Poe describe con un lirismo ampuloso cómo la enfermedad había convertido a su esposa en una criatura «de aspecto angelical, delicado y enfermizo» al recordar un ataque de hemoptisis que la enferma había sufrido durante la cena: «Se detuvo de pronto, se llevó las manos a la garganta y una oleada de sangre carmesí se precipitó hasta su pecho […]. Su aspecto era más etéreo si cabe».[12]

Rodeados como estaban de descripciones tan exaltadas de mujeres tuberculosas, quizá no sea extraño que los médicos envolvieran también la enfermedad de un halo romántico. Un artículo de 1833 publicado en *The London Medical and Surgical Journal* alaba, de hecho, la tuberculosis por su tan fantástica fotogenia.

> Algunas enfermedades nacen envueltas en silencio y ocultación porque se considera que los fenómenos asociados a ellas provocan repulsión; hay a quienes les parecen el resultado de atroces maldiciones, que llevan adheridas el estigma de la desgracia; los repulsivos estragos de la estructura humana o los despojos de las facultades mentales nos inspiran más terror que empatía. La consunción, en cambio, que no desdibuja las líneas de la belleza personal ni daña las funciones intelectuales, tiende a ensalzar los hábitos morales y desarrollar las cualidades más dulces de la paciente.[13]

Es evidente que, comparada con enfermedades como el cólera, la tuberculosis es más atractiva; y, puesto que confinaba a las enfermas en sus casas y en sus lechos, si no ensalzaba su moralidad, desde luego evitaba que se metieran en ciertos líos. Sin embargo, lo relevante es que, mientras el origen de la enfermedad siguiera siendo un misterio, cabía la posibilidad de imaginar que la tuberculosis —a diferencia de otras enfermedades— confería a las afectadas un estatus especial. La dilatada cronología de la dolencia ponía a las pacientes en la extraña tesitura de saber cómo y —aproximadamente— cuándo iban a morir, pese a que siguieran viviendo, trabajando y socializando prácticamente igual que hasta entonces, siempre y cuando tuvieran la fortuna de pertenecer a la clase alta. En consecuencia, la tuberculosis no fue una presencia poco habitual en los círculos sociales refinados, donde la asociación entre enfermedad y belleza llevaba a muchas mujeres sanas a cultivar la tez pálida, la complexión febril y la postura decaída de las pacientes aquejadas de tuberculosis.

Con la llegada del siglo XX, sin embargo, el misterio de la tuberculosis se fue desvaneciendo, y con él, la imagen romántica asociada a la enfermedad. El advenimiento de la teoría microbiana condujo al descubrimiento de que la tuberculosis, lejos de ser señal de sofisticación o sensibilidad, no era más que otra infección bacteriana, un hecho que le arrebató de un plumazo todo el caché a la elegancia consuntiva.[14] Se volvió complicado defender la idea de que las jóvenes tuberculosas eran criaturas etéreas y angelicales de una belleza y pureza sobrenaturales una vez que la población

entendió que unos microbios causaban la enfermedad. En poco tiempo, el consenso cultural y médico con respecto a la tuberculosis cambió y la enfermedad se empezó a considerar un flagelo biológico que había que combatir como a cualquier otro: con reformas sanitarias e iniciativas de higiene pública.

No obstante, durante las décadas en que la tuberculosis tuvo aquella imagen de dolencia trágica y romántica que aquejaba a las jóvenes más bellas, se consolidaron unos fundamentos de vital importancia. La medicina y la cultura habían engendrado una idea muy potente y venenosa que los avances científicos del momento ayudaron a debilitar, pero no a erradicar del todo: hay algo bello, majestuosamente femenino y poderoso, a la vez que empoderador, en una mujer que no puede respirar.

Algunas mujeres consideran los cigarrillos símbolos de la libertad. Fumar es una sublimación del erotismo oral; sujetar un cigarrillo entre los labios excita la zona oral. Es perfectamente normal que las mujeres deseen fumar cigarrillos.

ABRAHAM ARDEN BRILL,
doctor en Medicina, hacia 1929[15]

Ha caído un viejo prejuicio. Hoy, la mujer puede mostrar su verdadera cara legal, política y socialmente. La inteligencia estadounidense se ha deshecho del viejo prejuicio que la consideraba inferior [...]. Se ha eliminado ese antiguo prejuicio contra los cigarrillos. Hemos progresado.

Publicidad de Lucky Strike, 1929[16]

Es una luminosa y soleada mañana de finales de marzo y la avenida está abarrotada.[17] Mujeres ataviadas con elegantes vestidos de cintura baja y largo *midi*, perlas y sombreros de campana pasean lentamente por la acera del brazo de hombres con sombrero de

copa, sobretodo y zapatos acabados de lustrar. Han venido por el desfile del Domingo de Pascua, la mejor oportunidad de ver y dejarse ver de todo el año, cuando miembros de la sociedad neoyorquina salen de sus iglesias en la Quinta Avenida y toman la atestada calle para volver a casa, visitar a algún amigo o ir a cenar relajadamente en algún hotel próximo. Siempre hay chismorreos tras el desfile; por lo general, sobre quién lleva el sombrero más fantástico —o más fantásticamente ridículo—. Sin embargo, ese día de 1929, los miembros de la alta sociedad tendrán algo mucho más escandaloso de lo que hablar.

Nadie se da cuenta al principio cuando Bertha Hunt mete una mano por debajo del vestido y se levanta un poco el dobladillo hasta dar con el paquete que lleva allí escondido, sujeto con el liguero. Ninguna cara se vuelve a mirarla cuando enciende una cerilla y se lleva la mano a la boca. Inhala y exhala liberando una delicada voluta de humo de entre los labios fruncidos.[18]

Pero, entonces, se eleva un murmullo. Al lado de Bertha, otra mujer se enciende un cigarrillo, y luego otra, y otra más. No tarda en haber diez en total, que pasean desafiantes avenida abajo, fumando y riendo y haciendo caso omiso de la gente que murmura y se queda mirándolas fijamente. Han estado circulando rumores sobre una protesta, por supuesto; todo el mundo los ha oído. Pero oír rumores sobre un grupo de sufragistas que protestan públicamente a favor de la igualdad desafiando un tabú es una cosa, y verlo con tus propios ojos, otra muy distinta. Las mujeres no tardan en verse rodeadas de periodistas que las acribillan a preguntas.

—¿Por qué están aquí?

—¿Qué pretenden?

—¿Cuál es su marca de cigarrillos favorita?

Se eleva otro murmullo: no son solamente estas diez. Algo está pasando. Se ha encendido una mecha. Por todos lados, en cada esquina de la avenida, hay mujeres sacando cigarrillos del dobladillo de sus faldas. La escritora Nancy Hale Hardin hace un ademán

despreocupado con su pitillo mientras camina junto a su esposo, que también pasea fumando. Edith Lee, de punta en blanco con abrigo de tiras de piel y sombrero de campana a juego, lleva la cadena de su perro pastor de raza pura en una mano y un cigarrillo en la otra. Por doquier se oye una palabra, repetida hasta la saciedad, mientras los periodistas hacen fotos y lanzan preguntas: libertad.

Esto va de libertad.

Mientras se enciende otro cigarrillo, Bertha —la primera que prendió una cerilla, la que lo empezó todo— declara ante un grupo de periodistas obnubilados: «Ojalá hayamos iniciado algo y que estas antorchas de libertad, sin una marca favorita en particular, acaben con el tabú discriminatorio de las mujeres fumando cigarrillos y que nuestro sexo siga derribando todas las formas de discriminación».[19]

Al día siguiente, aparecerán en los periódicos estas tres palabras: antorchas de libertad.

En un año se disparan las ventas de cigarrillos debido a que las mujeres, inspiradas por las ideas de libertad, igualdad y lucha contra los tabúes sexistas, empiezan a comprarse sus paquetes de «antorchas».

Y al doctor Abraham Arden Brill, psicoanalista contratado por la marca de cigarrillos Lucky Strike —la persona que había acuñado la frase «antorchas de libertad» y que le había explicado a Bertha Hunt exactamente cómo fumar, qué decir y cómo decirlo—, lo felicitarán por un trabajo bien hecho.

* * *

Antes de convertirse en el precursor de una de las primeras campañas conocidas de marketing basado en principios de psicología, Abraham Arden Brill era un ejemplo deslumbrante de la típica historia del triunfador estadounidense: un inmigrante luchador que se había labrado su ascenso con uñas y dientes hasta llegar a convertirse en uno de los psicoanalistas más respetados de su

tiempo. En 1890 y con quince años de edad, Brill, nacido en el seno de una familia judía de la actual ciudad polaca de Kańczuga, emigró a Estados Unidos solo.[20] Siendo aún joven ya se le reconocía su tenacidad y su afán por aprender: Ernest Jones, neurólogo y viejo amigo de Sigmund Freud, lo alabó en una ocasión llamándolo «diamante en bruto».[21] Al cumplir los treinta, habiendo finalizado la universidad y completado sus estudios en la Facultad de Medicina, empezó a trabajar en el Central Islip State Hospital de Long Island. A principios del siglo XX viajó a Zúrich y se convirtió en discípulo de Freud, cuya obra fue el primero en traducir al inglés.[22] En fotos de la época se le ve muy bajito y con una calvicie pronunciada, las facciones afiladas, gafas de montura de alambre y un discreto mechón suelto de pelo facial justo debajo del labio inferior (al estilo conocido coloquialmente ahora como «barba mosca»). Hay una foto grupal en la que Brill posa junto a varios de los padres de la psicología moderna, sonriente, encantado de estar allí, detrás de Freud, quien se está fumando un puro.[23] (Nota al margen: además de traducir a Freud, Brill se formó, al principio de su carrera, con el doctor Adolf Meyer, a quien reconoceremos en el capítulo dedicado al sistema nervioso cuando use su influencia para eliminar los primeros informes sobre un escándalo médico que tuvo lugar en el New Jersey State Hospital de Trenton.)

Brill fue una figura relevante en el campo del psicoanálisis; influyente, si bien no en el nivel de Freud o Jung. De vuelta en Nueva York, dio clases en la Universidad de Columbia y posteriormente ejerció de tutor clínico de Psiquiatría en la Universidad de Nueva York. Fundó el New York Psychoanalytic Society & Institute (Sociedad e Instituto Psicoanalítico de Nueva York), cuya biblioteca sigue llevando su nombre. Contrajo además matrimonio con una colega, la doctora K. Rose Owen, y tuvo dos hijos.[24]

Pero Brill ha dejado otro legado, en medicina del sistema respiratorio en este caso, y no en psiquiatría: fue el primer doctor en convertir el hábito de fumar en una causa feminista.

En 1929, el año en que Bertha Hunt inició una pequeña revolución al encenderse un pitillo en el desfile del Domingo de Pascua, la idea de que los cigarrillos representaban la liberación de los sexistas tiempos de antaño no era del todo infundada. Fumar se seguía considerando una actividad indecorosa para una mujer, una forma de corrupción espiritual y moral. En algunos lugares, la ciudad de Nueva York incluida, las autoridades locales aprobaban leyes y ordenanzas prohibiendo a las mujeres fumar en público, e incluso en la privacidad de sus hogares si tenían hijos.

Si estas medidas eran nefastas para la autonomía de las mujeres ante la ley, también lo eran para las compañías tabacaleras, que tenían un evidente y poderoso incentivo financiero para acabar con el tabú de la mujer fumadora. Es aquí donde entra en escena Lucky Strike y el principal estratega de marketing de la compañía tabacalera, un pionero de las relaciones públicas llamado Edward Louis Bernays.

«El presidente de la mayor compañía tabacalera me llamó para decirme que estaban perdiendo la mitad de su mercado porque los hombres no dejaban a las mujeres fumar en público ni en casa. "¿Qué podemos hacer para acabar con este tabú?", me preguntó», rememoraba un anciano Bernays en una entrevista concedida poco antes de su muerte, en 1995.[25]

Naturalmente, Bernays, que era sobrino de Sigmund Freud —¡el mundo es un pañuelo!—, le pidió consejo al respetado discípulo del círculo íntimo de su tío, Abraham Arden Brill, quien le dijo algo que resultó ser toda una revelación: para acabar con el estigma cultural que rodeaba a la mujer fumadora no bastaba con conseguir que a las mujeres les gustaran los cigarrillos. Había que procurar que se identificaran como fumadoras, lo que venía a significar: como rompedoras de reglas, de tabúes; como feministas en una cruzada por la libertad.

Es importante señalar que Brill no creía en todo aquello de la feminidad que rompe tabúes. En su opinión, la liberación era un premio de consolación para mujeres a las que la modernidad les

estaba desbaratando su verdadera ambición natural: tener tantos hijos como fuera posible.

«Y ahí es cuando entra en juego la "libertad de la mujer", "los derechos de la mujer", la participación de la mujer en la política, "los negocios y las profesiones". Pero ninguna mujer normal estaba satisfecha sin matrimonio ni hijos», escribió en una ocasión.[26]

Sin embargo, quizá sí estuviera satisfecha con cigarrillos, le sugirió Brill a Bernays, no solo porque representaran la libertad, sino porque «excitaban las áreas erógenas de los labios». (En otras palabras, pese a la insistencia de su mentor, Sigmund Freud, en que a veces un puro solo es un puro, Brill no estaba seguro de que, en la boca de una mujer, un cigarrillo fuera siempre un cigarrillo y nada más.)

En cuanto a Bernays, comprendió de inmediato cómo traducir las reflexiones de Brill en un plan de marketing: «Se me ocurrió que cualquier muchacha en edad de ser presentada en sociedad y consciente de su época y de sí misma como mujer discriminada estaría encantada de pasearse fumando por el desfile de Pascua para escenificar la idea de que los cigarrillos son auténticas "antorchas de libertad", y así validar esta idea e invalidar el tabú de la mujer fumadora».[27]

La campaña publicitaria que resultó de aquella conversación entre Brill y Bernays es un ejemplo temprano y notable de doctores que ponen sus conocimientos de expertos —y, en algunos casos, hasta su sello de aprobación médico— al servicio del marketing de productos que son lo opuesto a saludables. Es posible que sea también el primer ejemplo documentado de ese fenómeno conocido como «capitalismo *woke*», de corporaciones que les vendían productos a las mujeres con el pretexto de estar ayudando a liberarlas. La supuesta protesta de mujeres fumando abiertamente en el desfile de Pascua fue en realidad un número escenificado por Bernays y basado en las ideas formuladas por Brill. Antes del desfile, Bernays puso en marcha la difusión del rumor de que un grupo de sufragistas planeaban una protesta consistente en fumar en público.

Seleccionó meticulosamente al grupo de diez mujeres que encenderían los pitillos junto a Bertha Hunt —empleada a su vez de Lucky Strike—, teniendo en cuenta que «debían ser atractivas, pero no parecer modelos», por temor a que las mujeres normales y corrientes no se sintieran identificadas con ellas.[28] Antes del desfile, Bernays reclutó para la causa a Ruth Hale, una feminista comprometida, cuya invitación animando a otras compañeras feministas a fumar durante el desfile bien podría haber sido el eslogan de una campaña publicitaria:

¡MUJERES!

¡ENCENDED OTRA ANTORCHA DE LIBERTAD!

COMBATID OTRO TABÚ SEXUAL

Pese a que es imposible saber con exactitud hasta qué punto es mérito de Brill y Bernays lo que ocurrió a continuación, no cabe duda de que el ardid de Pascua tuvo un gran impacto. El diario *The New York Times*, en particular, presentó a la mujer fumadora como una pieza dentro de algo importante, de un movimiento más grande y emocionante hacia el progreso: «La Nueva York moderna y próspera celebraba la Pascua. Los coches eran modelos de 1929. Las modas eran las del futuro. Un grupo de mujeres jóvenes, que afirmaban estar destruyendo una tradición y no favoreciendo a una marca en particular, paseaban por la avenida entre rascacielos escalonados y caladas a sus cigarrillos».[29]

Antes de que acabara el año, el porcentaje de mujeres fumadoras se había incrementado más del doble, pasando del 5 al 12 por ciento.[30]

Manufacturamos Virginia Slims especialmente para la mujer, porque ellas son biológicamente superiores al hombre.

Anuncio de Virginia Slims, 1972[31]

La conexión entre la campaña de las «antorchas de la libertad» de 1929 y la popularidad de la elegancia consuntiva de cien años antes es sutil. A diferencia de las mujeres de principios del siglo XX que adoptaron la postura encorvada de la tuberculosa o que utilizaban maquillaje para emblanquecer el rostro y enrojecer los labios y las mejillas, las que abrazaron el cigarrillo en nombre de la igualdad no trataban de parecer enfermas (tendrían que pasar décadas antes de que la comunidad científica estableciera la relación entre fumar y las enfermedades del pulmón). Ahora bien, sí que intentaban parecer algo: para la mujer moderna, fumar era una señal de estatus como lo había sido tener un aspecto frágil y febril para su análoga de la época victoriana. La única diferencia es que, en 1929, la fragilidad había pasado de moda. Por el contrario, la mujer que ponía en riesgo su salud respiratoria fumando se convertía en un símbolo de liberación y, lo más importante, los publicistas la seguirían tratando como tal incluso después de que la conexión entre el hábito de fumar y las enfermedades respiratorias fuera archiconocida.

En cuanto al doctor Brill, si albergó algún remordimiento por su legado como precursor de la campaña de las «antorchas de la libertad», jamás lo expresó. Seguro que habría negado rotundamente haber insultado o herido a las mujeres: «No quiero dar a entender que la mujer es inferior al hombre. Es superior en su propia esfera. No alcanza la altura del hombre en lo que respecta a inteligencia o poder creativo, pero tampoco ocupa una posición muy baja. Siempre se mantiene en una posición intermedia, siempre», escribió en una ocasión.[32]

Aun así, su idea de los cigarrillos como instrumentos de liberación se convirtió en un elemento estándar de las campañas de marketing de las tabacaleras, que se dieron cuenta de que podían halagar a las mujeres para convencerlas de consumir su muy adictivo producto siempre y cuando lo presentaran como un

elemento empoderador; sobre todo, si la maniobra iba acompañada del sello de aprobación de un médico. Cuando Lucky Strike lanzó una nueva campaña en la década de 1930, la centró en el uso de los cigarrillos para controlar el peso, una estrategia para la que contó con la colaboración de unos médicos encantadísimos de enumerar los beneficios testados de fumar para mantener la línea.[33]

El mensaje era claro: fumar le da a la mujer el control de su vida, de su futuro y hasta de su apetito. Lady Grace Drummond-Hay, renombrada periodista y aventurera, aparecía en aquella nueva campaña de Lucky Strike debajo de un bocadillo en el que podía leerse: «Me fumo un Lucky Strike en lugar de comerme un dulce».[34] Cuarenta años después, Virginia Slims publicitaba sus cigarrillos para la mujer «biológicamente superior» usando a una modelo vestida de Wonder Woman.[35] Veinte años después, la misma compañía actualizaba sus anuncios para la feminista de los noventa: «La igualdad llega sin las ataduras de un delantal», reza un anuncio en el que puede verse a una mujer sonriendo satisfecha mientras fuma un cigarrillo y un hombre con delantal prepara la comida en la cocina.[36]

Ni que decir tiene que hacía tiempo que los médicos habían dejado de animar a sus pacientes a fumar (el anuncio de «las ataduras del delantal» de 1995 está adornado de manera muy visible con la advertencia sanitaria de que fumar puede causar daños mortales en las mujeres embarazadas). Pero la nueva sensibilidad médica respecto a los cigarrillos no iba acompañada de un compromiso igual de sólido con tomarse la salud respiratoria de las mujeres en serio.

De hecho, eso no ha cambiado aún.

Por ser mujeres nos toca desempeñar diferentes roles en nuestra vida. A menudo, nos olvidamos de parar y respirar hondo para centrarnos.

Copia promocional de *The Mindful Woman: Gentle Practices for Restoring Calm, Finding Hope, & Opening Your Heart* [La mujer consciente: ejercicios amables para restaurar la

calma, encontrar la esperanza y abrir el corazón], publicado en 2008[37]

La primera vez que Sierra le cuenta a un médico que no puede respirar, está en las Urgencias del centro de salud que hay cerca del centro de preescolar de su hija. Ha ido allí directamente tras dejar a la niña en la escuela y, aunque es un día precioso de primavera y el centro solamente está a unas pocas manzanas, Sierra llega jadeante. Según ella, siempre le cuesta respirar, y va a peor. Antes salía a correr, hasta se había entrenado para una media maratón; ahora, en cambio, no tiene más remedio que pararse y encogerse porque se queda sin aire cuando no lleva ni kilómetro y medio. En casa, los niños corretean de un lado a otro sin que ella pueda alcanzarlos.

El médico señala la ventana y los árboles al otro lado, cargados de brotes incipientes.

«Eso son alergias —le dice—. A mí también me tienen frito ahora mismo.»

Y la manda a casa con un antihistamínico.

La segunda incidencia tiene lugar unas semanas más tarde. Misma clínica, diferente médico. Ella vuelve a enumerar sus síntomas: dificultad respiratoria, fatiga y, una novedad, un dolor persistente en el hombro que empeora cada vez que tose. El doctor le da un achuchón en el hombro y le diagnostica un desgarro muscular. Señala la historia clínica de la paciente, las notas de su última visita.

«Sufres de alergias estacionales, ¿no? Intenta no toser tan fuerte», le dice.

En su tercera visita, el médico es el mismo que le había diagnosticado las alergias. Han pasado meses y la tos de Sierra ha empeorado. Lleva siglos sin hacer ejercicio y apenas puede caminar una manzana o levantar a su hija sin quedarse sin aire. Ha perdido casi siete kilos. El doctor frunce el ceño y le dice que parece reflujo gástrico. La envía a casa con una receta de antiácido y le dice que no tardará en ponerse bien.

Sierra no acude a aquella clínica una cuarta vez. Es invierno, los brotes de los árboles ya hace tiempo que cayeron y el antiácido que le recetaron hace seis meses se acabó también hace mucho. Si le sirvió de algo, el efecto no duró; ahora, una sola inhalación de aire frío la hace toser incontrolablemente. Va en coche hasta las Urgencias del hospital en parte porque es más fácil, pero también porque quiere ver a un médico al que no haya visto antes. Uno que no la despache sin más diciéndole que son alergias o un desgarro muscular o ardores; lo único que ella quiere, que ha querido desde el principio, es que le miren los pulmones de una vez.

La radiografía tarda unos minutos.

El rostro del doctor no anuncia nada bueno: «Me temo que no son buenas noticias. Es una pena que no hayas venido antes».

* * *

Desde los entusiastas anuncios feministas de cigarrillos de antaño hasta el auge de la cultura contemporánea del bienestar, la atención al sistema respiratorio de la mujer se ha ido entendiendo cada vez más como una cuestión de autocuidado en lugar de como un tema que atañe a la atención sanitaria. Se bombardea a las mujeres con sugerencias pseudocientíficas instándolas a que mediten, a que se descarguen aplicaciones para contar las respiraciones y a que hagan más ejercicio. Existe incluso una revista llamada *Breathe* [Respira], con el subtítulo: «Y deja tiempo para ti». Claro está que esto comenzó siendo un problema cultural más que médico, pero, como en épocas pasadas, la comunidad médica actual acaba tomando nota de la cultura; en este caso, de la idea de que la salud respiratoria de la mujer es un problema que tiene que resolver ella misma y no uno que debe diagnosticarle un médico. El mismo *establishment* médico que le dijo a las mujeres en 1929 que fumar era el camino hacia la libertad ahora responde con escepticismo cuando las mujeres dicen que no pueden respirar, pese a la

exposición desproporcionada de estas a los factores medioambientales que pueden causar enfermedades pulmonares.

Como resultado, las dolencias respiratorias de las mujeres frecuentemente se quedan sin diagnosticar, a veces con las peores consecuencias. El porcentaje de casos de cáncer de pulmón, cuyo supuesto paciente «estándar» es un hombre fumador de mediana edad, ha aumentado un 84 por ciento en las mujeres desde finales de la década de 1980 a pesar de estar disminuyendo en los hombres.[38] Las mujeres tienen más probabilidades de padecer cáncer de pulmón aunque no hayan fumado nunca y, en el caso de que hayan dejado de fumar, el riesgo a padecerlo sigue siendo mayor.

Cada año mueren más mujeres de cáncer de pulmón que de cáncer de mama, de útero y de ovario juntos, y, con toda seguridad, algunas de estas muertes se podrían haber evitado. En el caso de Sierra, la paciente descrita antes, tres médicos diferentes la enviaron a casa con tres diagnósticos equivocados mientras el cáncer seguía extendiéndose por sus pulmones. Cuando yo la conocí, durante mi primer año como médico especialista en formación en el centro oncológico Memorial Sloan Kettering, la enfermedad se le había extendido a los huesos, el hígado y el cerebro. Sierra murió antes de que pasara un año. Si alguien se hubiera tomado sus primeros síntomas en serio, quizá se hubiera salvado.

La medicina del sistema respiratorio está contaminada por la misma tendencia de otros campos a despachar los síntomas de una mujer como ansiedad, sin investigar más profundamente en busca de alguna causa orgánica. Lindsay Lief, especialista de UCI, terapias intensivas y de pulmón del centro hospitalario New York-Presbyterian/Weill Cornell, está tratando de cambiar la situación: «Taladro a mis residentes sin parar con que la ansiedad es un diagnóstico excluyente en un hospital. Primero debes demostrar que has explorado todas las demás posibilidades. No quiero que nadie diga: "Creo que solo es ansiedad" cuando se presenta una paciente con dificultad para respirar».[39]

La insistencia de Lief en este sentido nace de experiencias desgarradoras, asistencias al borde de la muerte en las que se ha llamado a los especialistas del pulmón en el último momento o, por desgracia, cuando ya era demasiado tarde. Muchas enfermedades respiratorias, incluida el asma, pueden parecerle un trastorno de pánico a un médico que no tiene la mente abierta a la posibilidad de que se trate de alguna de las anteriores debido a que coinciden síntomas como mareo, presión en el pecho, asfixia o la sensación de que te estás ahogando. Algunas enfermedades provocan confusión mental y palpitaciones. A una paciente que parecía muy inquieta y repetía sin cesar que no podía respirar le dieron ansiolíticos durante casi ocho horas tras un dictamen equivocado, entretanto ella entraba lentamente en *shock* e insuficiencia pulmonar. Cuando perdió la consciencia, lo achacaron a los sedantes, hasta que un TAC reveló que tenía los pulmones encharcados. A otra paciente, con un ataque de asma que le fue diagnosticado erróneamente como ataque de pánico, el personal médico la estuvo increpando para que se calmara hasta que sufrió un episodio de distrés respiratorio por falta de oxígeno.

Esto es aún más preocupante porque más de una de cada diez mujeres padecen asma, mientras que, en el caso de los hombres, la cifra es del 6 por ciento; además, los síntomas suelen ser más severos en la mujer. La tasa de muertes asociadas al asma entre las mujeres, sobre todo de raza negra, es desproporcionadamente alta.[40]

Por otro lado, es más fácil que los problemas pulmonares de una mujer pasen inadvertidos cuando está embarazada o de parto, unas circunstancias en las que tiene menos capacidad de defenderse —por ejemplo, en el momento en que está dando a luz— y es más probable que los médicos la ignoren tachándola de exagerada. La doctora Sonali Bose, profesora asociada de Medicina y Pediatría y de Medicina Pulmonar y Cuidados Intensivos en el hospital Mount Sinai, cuenta que una paciente embarazada tuvo que escuchar durante seis meses que su dificultad respiratoria se debía a que el bebé le

presionaba el diafragma, hasta que a los médicos se les ocurrió hacerle unas pruebas y descubrieron que padecía asma.[41]

Según Bose: «A muchos de nuestros colegas casi que les da miedo atender a embarazadas. Pero, si el miedo nos impide hacer preguntas, impide también que resolvamos problemas que tienen cura».[42]

En las unidades de cuidados intensivos, estas situaciones muchas veces se agravan porque los respiradores, que pueden ser un salvavidas para pacientes con problemas pulmonares graves, suelen estar calibrados para pacientes varones y, cuando se conectan a una mujer, es complicado saber a ciencia cierta si está recibiendo el volumen adecuado de oxígeno.[43]

En la actualidad, sigue habiendo en el seno de la comunidad médica poca consciencia sobre los riesgos específicos de la salud respiratoria de la mujer pese a los denodados esfuerzos por invertir la situación. Una de las personas que abogan por una mejora en la atención es Serena Williams, quien estuvo a punto de morir de una embolia pulmonar dando a luz a su primer hijo, en 2017. Williams, al igual que mi paciente Sierra, se tuvo que pelear con el personal de enfermería hasta que le hicieron un TAC de los pulmones, porque tenía una tos tan constante que se le abrieron los puntos de la cesárea.

«Mira por dónde, había un coágulo en los pulmones y tuvieron que introducirme un filtro en la vena para disolverlo antes de que llegara al corazón», escribió Williams años más tarde en un ensayo para la revista *Elle*.[44]

A diferencia de la de Sierra, la historia de Williams tuvo un final feliz; recibió la atención que necesitaba en pocos días y no tuvo que esperar un año entero y recibir varios diagnósticos equivocados para acabar descubriendo la verdad cuando ya es demasiado tarde. No obstante, sus historias guardan algunas similitudes inquietantes: antes de que le encontraran el coágulo, una enfermera hizo caso omiso de las súplicas de Williams pidiendo un TAC. Le dijo que tenía que relajarse. Descansar y respirar.

Le dijo: «Creo que tantos medicamentos te están volviendo loca».

* * *

Ya sea en las urgencias del centro de salud o en las del hospital, en el médico de cabecera o en las unidades de cuidados intensivos, cuando los doctores no le hacen a una mujer las preguntas adecuadas sobre su salud respiratoria, es inevitable que se acaben haciendo suposiciones erróneas, se llegue a conclusiones equivocadas y, en ocasiones, se den pasos en falso que resultan letales. Algunas pacientes, igual que Sierra, languidecen sin un diagnóstico correcto mientras el sistema les falla una y otra vez. Otras reciben un diagnóstico equivocado durante una crisis médica devastadora en la que cada segundo cuenta.

Las similitudes entre una insuficiencia respiratoria aguda y un trastorno de pánico llevan a que a menudo se dé por sentado que una mujer, sobre todo si es joven, está sufriendo un ataque de lo segundo cuando lo que le pasa es lo primero. Durante mi período de residencia hubo un caso terrible: una mujer de veinte años llamada Tara llegó a Urgencias con una insuficiencia respiratoria aguda. La enviaba la enfermería de su facultad, donde la habían examinado y encasillado en el relato consabido: he aquí otra deportista de universidad de élite perfeccionista que llega de los nervios con un ataque de pánico porque está en la semana de exámenes finales. En la sala de Urgencias, Tara, aún jadeante, le explicó a la enfermera de admisiones lo mismo que le habían dicho en la enfermería de la facultad.

Aquí es donde el sistema empezó a desmoronarse. Un correcto triaje en Urgencias implica no tomar al pie de la letra una declaración de este tipo. Muchos trastornos serios se enmascaran en algo más corriente, y hacen falta diligencia y curiosidad para descartar la posibilidad de estar ante una verdadera emergencia. La formación médica incluye en todos los casos advertencias sobre los

peligros de encasillar en patrones, de hacer suposiciones o de dar por hecho que sabes qué ocurre sin hacer preguntas.

No obstante, en medio del caos de Urgencias es muy fácil que las cosas pasen desapercibidas, de modo que, en lugar de preguntar a Tara por sus antecedentes familiares de trastorno de embolismo, o si tomaba píldoras anticonceptivas y si había sentido dolor en las extremidades en la última semana, la enfermera asintió, se creyó a pies juntillas la historia que Tara le había contado y le pidió que tomara asiento. Y cuando alguien le preguntó a la enfermera por la chica de la sala de espera —la que tenía la cabeza entre las rodillas, incapaz de respirar—, esta repitió la misma historia, que, para entonces, había adquirido una pátina de precisión simplemente porque resultaba muy familiar y se había repetido muchas veces.

—Perfeccionista.

—Exámenes finales.

—Ataque de pánico.

Todos la habían oído antes.

Hizo falta que Tara cayera inconsciente en la sala de espera para que a alguien se le ocurriera preguntarse si la historia, por muy familiar que fuera, era verdad.

Tara estaba sufriendo un tromboembolismo pulmonar «en silla de montar» provocado por trombos en las venas profundas, un trastorno en el que se forman coágulos en las venas profundas de las piernas que luego circulan libremente por todo el cuerpo y quedan finalmente atrapados en la arteria pulmonar principal e interrumpen el flujo sanguíneo que va a los pulmones. Una de cada cuatro personas que desarrollan la enfermedad muere al instante; de las que sobreviven, el 10 por ciento muere a las pocas semanas de recibir el diagnóstico.[45] A Tara, en la que convergían diferentes factores de riesgo —tromboembolismo hereditario, un historial reciente de dolores en la pierna y una prescripción para anticonceptivos hormonales—, la deberían haber identificado inmediatamente como un caso de riesgo de padecer algo más serio

que un ataque de pánico. Pero no fue así, pasó inadvertida y acabó luchando por sobrevivir en la UCI.

Afortunadamente la historia de Tara, a diferencia de la de Sierra, tiene un final feliz. Sobrevivió. Tuvo suerte. Pero, si le hubieran hecho las preguntas correctas, no hubiera necesitado el factor suerte.

Tal y como están las cosas, la experiencia de Tara no es única ni se limita a los casos en que se tacha una emergencia severa de neurosis, ataque de ansiedad o ataque de pánico. Cuando tratan a una mujer, los especialistas de este campo pasan por alto toda una miríada de factores de riesgo debido a la continua ignorancia del sistema médico respecto a la interacción entre normas de género culturales y ocupacionales y la salud pulmonar de las mujeres. El debate sobre los riesgos para la salud respiratoria en el lugar de trabajo se centra casi exclusivamente en las industrias copadas por hombres: construcción, manufactura, agricultura o lucha contra incendios. Pero las mujeres que trabajan en el sector servicios, como limpieza o peluquería, también están expuestas a químicos tóxicos que ponen en riesgo la capacidad de una persona para respirar y, a diferencia de los hombres que trabajan en un aserradero o en una obra de construcción, su uniforme de trabajo no incluye equipamiento protector. Según un reciente corpus de investigación publicado por el *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* de la American Thoracic Society (Sociedad Torácica Estadounidense), las mujeres que trabajan en servicios de limpieza —o que usan con regularidad espráis de limpieza en el mantenimiento de sus propios hogares— corren un mayor riesgo de perjudicar ostensiblemente sus funciones pulmonares en comparación con las que no.[46]

Que este tipo de trabajos feminizados, entre los que se incluye el de ama de casa, puede provocar daños pulmonares crónicos es un apartado doloroso y gravemente ignorado en el debate cultural contemporáneo que rodea la participación de la mujer en la fuerza de trabajo y la desproporcionada carga de tareas domésticas y de

crianza que debe asumir. Es además un punto ciego enorme de los profesionales de la medicina: las mujeres expuestas de manera prolongada e intensa a productos de limpieza —es decir, todas las trabajadoras que se ganan la vida limpiando o en cuyos hogares hay un reparto tradicional de tareas que las hace responsables del grueso de los trabajos domésticos— podrían sufrir unos daños pulmonares equivalentes a los de fumar un paquete de cigarrillos al día durante veinte años.

Aun así, mientras que todos los cuestionarios médicos incluyen una pregunta sobre el consumo de tabaco, nunca preguntamos a las mujeres cuántas horas al día se pasan limpiando sus casas con productos químicos ni les explicamos cómo evitar dañarse los pulmones. Por lo general, no se habla lo suficiente de cómo la vida cotidiana de las mujeres las pone en contacto con elementos que pueden perjudicar su salud respiratoria. Químicos para la limpieza, productos de peluquería o los vapores de una cocina.

Luego está, por supuesto, el tema de los hombres.

* * *

Es sábado por la noche en las Urgencias del hospital que hay a las afueras de la principal ciudad de la Costa Este y la sala de espera es una jaula de grillos. Quemaduras y rasguños esperan junto a fracturas y conmociones cerebrales. Una joven madre sostiene en sus brazos a un bebé febril con la cara colorada, cuyos gimoteos se elevan junto con el alarido fluctuante de una ambulancia que se aproxima. Un adolescente gesticula —le sangra la pierna a causa de un disparo— mientras lo empujan a toda prisa en camilla por delante de la ventanilla de recepción, donde un señor avejentado le grita a la enfermera de admisiones que le ha mordido —«no, MOOOOR-DIIII-DOOO, mordido»— un caballo. Con todo, incluso en medio de semejante caos, es imposible no reparar en ella. Está de pie, inmóvil, con la mirada gacha y los delgados brazos abrazando su

propio cuerpo, como si estuviera asustada o tuviera frío, o las dos cosas.

Está tan pálida y es tan delicada, adorable y frágil como una muñeca de porcelana. Tiene los ojos brillantes y los labios encarnados, dañados solamente por una hinchazón en una de las comisuras, donde se le está empezando a hacer un moratón. En una mano lleva un pañuelo, no para secarse los ojos sino para enjugarse la boca justo donde se le ha abierto el labio a causa del golpe que él le ha dado.

Cuando las personas que reparan en ella advierten este detalle, apartan la mirada.

A diferencia de la joven tísica, que tosía dulcemente sobre un pañuelo de encaje al final de su corta y trágica vida, nadie escribirá ningún poema sobre la chica de Urgencias. No habrá sonetos ni canciones sobre su encanto sobrenatural, sobre el contraste entre las gotas de sangre que brotan de su labio inferior partido y el blanco cremoso de su piel. No hay belleza ni significado en su sufrimiento, y lo que la ha traído esta noche al hospital no será nunca descrito por nadie como una «enfermedad favorecedora» de la que sería muy romántico morir. De hecho, la capacidad de la joven para vivir un día sí y otro también junto a lo que la está matando no le genera ningún estatus ni respeto, únicamente vergüenza.

Mientras dan las doce de la noche, se apoya contra la pared con la barbilla pegada al pecho. Su respiración es irregular y superficial y se le está empezando a formar un moratón en el cuello: una estriación de color lila claro en el lugar de la tráquea donde, unas horas antes, su novio la ha rodeado con las dos manos y ha apretado.

Se lleva el pañuelo a los labios.

Tose.

La enfermera de Admisiones le hace un gesto: «Ya queda poco».

La joven le devuelve el gesto a sabiendas de que da lo mismo. Ha estado aquí antes y volverá otra vez.

Nunca cuenta qué le hace él y, por lo general, nadie le pregunta.

* * *

Las señales de estrangulamiento en mujeres no siempre son evidentes. Por cada paciente que se presenta con marcas claras de ligaduras alrededor del cuello o con una constelación de vasos sanguíneos rotos en las mejillas o en la esclerótica hay otra paciente que no muestra ninguna señal, y muchas supervivientes sufren amnesia por hipoxia y no recuerdan el ataque debido a los efectos del estrangulamiento en el flujo de sangre al cerebro.

Esta podría ser la razón por la que muchas víctimas no denuncian los ataques con estrangulamiento y por la que con frecuencia los médicos no reconocen las señales en Urgencias.

Tami Tiamfook-Morgan, médica de Urgencias del Carroll Hospital Center de Maryland, todavía recuerda a la paciente cuyo cuello amoratado casi pasa desapercibido, cuya historia casi se queda sin contar. Llevaba un tajo en el pecho —su pareja la había atacado con una botella rota— y estaba rodeada de policías, técnicos de emergencias y enfermeros que la bombardeaban con preguntas que ella no podía contestar de lo abrumada que se sentía.

«No hablaba con nadie. Me enteré más tarde de que tenía miedo de que le quitaran a sus hijos si decía la verdad», dice Tami.[47] Sin embargo, cuando ella le dio a la paciente la oportunidad de hablar en privado —una oportunidad que requería de un tiempo, un espacio y una confianza que trascendían los protocolos normativos de unas Urgencias abarrotadas—, la mujer levantó la barbilla para mostrarle las marcas que le había dejado su pareja al intentar estrangularla. «Normalmente es posible ver las huellas en los casos de estrangulamiento, pero tienes que buscarlas. Y, cuando las encuentras, tienes que ser muy delicada al preguntar qué ha pasado», explica Tami.

Aunque el estrangulamiento no es un trastorno médico *per se*, es imposible hablar del problema de la salud respiratoria de las mujeres sin tocar también el aspecto de su intersección con la violencia doméstica. De todas las lesiones que puede sufrir una mujer a manos de su pareja violenta, el estrangulamiento es la más peligrosa, no por lo letal de la lesión en sí —la mayoría de las mujeres sobreviven al estrangulamiento—, sino por lo que implica: es una señal clave del tipo de violencia que con el tiempo escala hasta el asesinato.

Debido a que los médicos de la sala de Urgencias están en una posición única para ayudar a estas mujeres, resulta especialmente trágico que un servicio caótico deje poco tiempo para reconocer las señales de estrangulamiento o persuadir a las pacientes de que muestren sus lesiones, tan comunes que resulta descorazonador: algunas estimaciones sugieren que el 10 por ciento de las mujeres que viven en Estados Unidos sufrirán un intento de estrangulamiento que no resultará mortal en algún momento de sus vidas. Y, cuando no preguntan por los síntomas del estrangulamiento, los médicos tampoco ofrecen información relevante a las mujeres, que podrían subestimar los riesgos que sigue corriendo su salud durante los días siguientes al ataque, entre los que se incluyen hematomas, abortos, lesiones en la columna vertebral y daños cerebrales.

«Es culpa nuestra. Estas mujeres están traumatizadas, avergonzadas y se sienten responsables. A veces ni siquiera saben muy bien qué ha pasado porque las han estrangulado hasta dejarlas sin sentido. Si nosotros los médicos no creamos el entorno adecuado para que puedan contar sus historias, si durante el triaje no les damos la prioridad que sí le damos a una herida abierta, les estamos fallando», se lamenta Tami.[48]

Como suele pasar, pese a que la situación ha mejorado, dista de ser buena. En lo que respecta al amplio tema de la salud respiratoria de las mujeres, deberíamos tener en cuenta cómo compromete nuestra atención a la mujer el persistente legado del relato sexista sobre quiénes son o cómo deberían ser las mujeres. Los médicos de

hoy no romantizamos la violencia doméstica como hicieron con la tuberculosis los doctores de principios del siglo XIX, pero tampoco la tratamos. Durante nuestra formación médica, los daños que provocan en la salud de una mujer las acciones de su pareja maltratadora son un pensamiento secundario. En nuestra práctica, los médicos estamos entrenados para preguntar a las mujeres, mientras pasamos a toda velocidad de una paciente a otra en intervalos de quince minutos, por su seguridad doméstica, pero solo de pasada y junto con otra decena de preguntas sobre su salud e historia clínica. Me ha revuelto las tripas lo que he aprendido sobre la prevalencia de la violencia doméstica durante la preparación de este capítulo y me ha horrorizado mi propia complicidad: ¿cuántas veces le he preguntado a una mujer si está a salvo en casa sin pararme a pensar en que esta pregunta, en un entorno médico, deja poco espacio para una respuesta que vaya más allá de un simple gesto afirmativo con la cabeza?

El sistema médico mantiene las distancias con las víctimas de estrangulamiento —y con la violencia doméstica en un sentido más amplio— de un modo que no difiere mucho del que empleaba para tratar a la joven tísica: como una criatura condenada y bella, con tal nivel de sufrimiento que no hay medicina que la pueda curar. Seguimos cautivados en muchos sentidos por la idea del sufrimiento que confiere estatus, de que las víctimas de violencia y de consunción son seres distantes y encantadores por sus aflicciones. Tan bellas. Tan trágicas. Una pérdida tan terrible.

Si hubiera algo que pudiéramos hacer..., nos decimos. Pero ¿y si lo hay?

6

TRIPAS

SISTEMA DIGESTIVO

El precio de hacer caso (o no) a las tripas

Él respondió:
—La mujer que me diste por compañera me dio este fruto y yo lo comí.
Entonces Dios el Señor preguntó a la mujer:
—¿Qué es lo que has hecho?
—La serpiente me engañó, y comí —contestó ella.

Génesis 3: 12-13[1]

Me observo para entender mi debilidad y [la bondad de] Dios, quien, por medio de una misericordia de lo más singular, me ha permitido corregir el vicio de la gula.

CATALINA DE SIENA
en una carta de 1373[2]

Empezó siendo un acto de desacato a la autoridad. Catalina tiene dieciséis años cuando su hermana mayor muere dando a luz y deja marido e hijos: una familia formada en la que le ordenan entrar. Sus padres insisten en que se case con el viudo de su hermana y desoyen sus objeciones. A esta otra forma de protestar, en cambio, no van a tener más remedio que prestarle atención.

Catalina deja de comer.[3] Rechaza el plato que le sirven sin siquiera tocar la comida. Se corta la larga melena y, entre esto y los efectos del ayuno en su menguante cuerpo —sus femeninas curvas se están convirtiendo en ángulos afilados y cavidades profundass—, Catalina está recuperando el control: cuanto menos atractiva es a ojos de los hombres, más la dejan vivir como quiere.

Cuando entra en el convento donde vivirá el resto de su corta vida, hasta su muerte a la edad de treinta y tres años, es imposible separar la falta de apetito de la sensación de control: la paz, la pureza, la absoluta limpieza de un cuerpo sin adulterar con la presencia de alimentos. Durante años, el único sustento que pasa por los labios de Catalina es el cuerpo y la sangre de Cristo, una única hostia de la Comunión tan ligera como el aire, un sorbo de vino tinto para ayudar a tragarla. Aparte de eso, no se permite tomar nada más que agua y hierbas, de las amargas, que mastica y escupe una vez que han perdido el sabor.

El rechazo de Catalina hacia la comida es extremo y perturbador incluso para el estándar ascético del monasterio; sus hermanas del convento y el clérigo que la orienta la animan a comer, pero ella se niega. Cuando la obligan a hacerlo, utiliza una ramita para provocarse el vómito. A pesar de que todos la miran y sacuden la cabeza, ella percibe la admiración, puede que incluso la envidia, tras sus muestras de preocupación. Sus actos trascienden la castidad; son una ruptura con los lazos que la unen a su cuerpo mortal, una completa sublimación de sus necesidades físicas y animales. La fe la colma como no puede hacerlo la comida. Nunca se ha sentido tan liviana ni limpia, ni más cerca de Dios.

Sus últimas palabras, dirigidas a su Creador, son las siguientes: «Padre, en tus manos encomiendo mi alma y mi espíritu».[4]

De su cuerpo, frágil y ajado tras años de pasar hambre, no tiene nada que decir.

* * *

La historia de la gastroenterología de la mujer no es un relato que se ciña exclusivamente a lo médico, sino que atañe también a lo bíblico. Desde el día en que Eva sucumbió a la tentación y arrancó el fruto prohibido para comérselo, se han considerado los apetitos de la mujer singular e inherentemente peligrosos. Las ideas de pureza, feminidad y santidad están inextricablemente ligadas a la de apetito; por la comida y, por supuesto, por el sexo. Evitar el primero significaba que eras capaz de resistirte también al segundo.

La privación a la que se sometió Catalina de Siena en el siglo XIV era, en versiones menos extremas, una práctica común en las comunidades religiosas del Medievo, no exenta, eso sí, de una diferenciación por géneros: fueron pocos los hombres que declararon ser incapaces de comer. El ayuno era cosa de mujeres y, en la Europa medieval, la mejor manera además de demostrar las credenciales espirituales.[5] Cuanta menos comida, mayor santidad. Catalina, que no comía nada, acabó canonizada.

A medida que pasaron los años, la idea de que evitar la ingesta de alimentos era una forma de pureza religiosa fue extendiéndose más allá de los muros de las iglesias y penetrando en el *establishment* médico. Tenía sentido no solo desde un punto de vista espiritual, sino también lógico que las mujeres tuvieran que comer menos, que pudieran elevarse por encima de las necesidades físicas y el deseo sensual de un modo que era impensable para el hombre. En la mesa y en el dormitorio los hombres eran voraces y las mujeres, comedidas. Y a las que no lo eran, a aquellas que mostraban sus apetitos abiertamente, se las miraba con extrañeza e incluso suspicacia.

De azúcar y especias y todas las lindezas: de eso están hechas las niñas.

Atribuido a Robert Southey, 1820[6]

Cuando nació la gastroenterología como área de especialización médica, a finales del siglo XIX, el ayuno espiritual de la Edad Media

había dado paso a un nuevo consenso, más moderado pero no menos sexista, que dictaba que la dieta de las mujeres tenía que ser más limitada tanto en cantidad como en calidad.[7] El criterio médico en lo concerniente a cómo y cuánto debían comer las mujeres no las favorecía mucho: los doctores del siglo XVIII investigaron a fondo la teoría de que las mujeres se parecían más a los niños que a los adultos y que sus apetitos eran, por tanto, infantiles, autoindulgentes e impulsados por las emociones.

Esta idea de la mujer infradesarrollada e infantil dominó varios campos de la medicina tras ponerse de moda a la par que las teorías darwinianas de la evolución. Las descripciones del esqueleto de la mujer que datan de la misma época demuestran la existencia de una convicción similar respecto a la idea de que las mujeres van a la zaga del hombre en la larga marcha de la especie en pos de la modernidad. En cuanto al campo de la gastroenterología, al igual que en la mayoría de las especialidades médicas, los doctores pensaban que cualquier tratamiento dispensado a una mujer debía comenzar por abordar esos defectos percibidos, ligados exclusivamente a su sexo.

Una de aquellas imperfecciones era la localización de los órganos reproductores, situados dentro del cuerpo en lugar de fuera. Los médicos se dieron cuenta de que el útero ocupaba tanto espacio que debía de perjudicar por fuerza el sistema digestivo de la mujer y hacerlo más proclive a sufrir irritaciones. Entre esto y que tenían además los dientes y la mandíbula más pequeños, llegaron a una conclusión que parecía obvia: las mujeres no estaban hechas para comer como los hombres.

Alexander Walker, médico de familia de origen escocés cuyas ideas influyeron en la gastroenterología de la mujer pese a su predilección por la pseudociencia, escribió de manera concluyente sobre las necesidades dietéticas de las mujeres en su libro de 1836 *Beauty* [Belleza]: «Las mujeres prefieren la comida ligera y agradable que le sienta bien al paladar por su aroma y su sabor».[8]

Walker estaba obsesionado principalmente con las implicaciones estéticas de la salud de la mujer, debido quizá a que era un interés que compartía con su esposa, quien escribió su propio tratado sobre el tema cuatro años después. (Al igual que su esposo, la señora Walker creía que las inferioridades físicas inherentes a la mujer la obligaban a comer solamente alimentos fáciles de digerir, que «no actuaran con demasiada potencia en sus delicadas fibras» y «únicamente en una cantidad acorde a la debilidad de sus órganos y a las tareas nimias en las que ocupan su tiempo».)[9] No es de extrañar que llegara a la conclusión de que la dieta más adecuada y natural para la mujer es, casualmente, la que le permite estar delgada: «Por lo tanto, las mujeres practican de forma natural e instintiva la frugalidad y el refinamiento en el apetito. Por eso reducen la cintura y se esfuerzan por mantenerla delgada».[10]

Por otro lado, la Revolución Industrial propiciaba la oportunidad de volver a imaginar el cuerpo humano como si fuera una especie de máquina, en tanto que la escasez de la época comportaba que el suministro de combustible para alimentarla fuera a menudo insuficiente.[11] La carne se reservaba para los hombres, cuyos requisitos energéticos eran mayores debido a que llevaban unas vidas y desempeñaban unos trabajos físicamente exigentes; el cuerpo masculino, fuerte y lleno de vida, requería alimentos fuertes y llenos de vida para sustentarlo. Los alimentos más pequeños y dulces se asociaban con las mujeres: una dieta delicada para una figura delicada.[12]

Estas ideas sexistas sobre la dieta con el tiempo cristalizaron en unos rituales sociales entre los que se incluía la hora del té, cuando las mujeres picoteaban delicados pastelitos y unos diminutos emparedados sin corteza. (No se podía esperar que las mujeres, con la fragilidad que las caracterizaba, comieran nada que les exigiese morder con ahínco.) El azúcar estaba por doquier, y esto daba lugar a una paradoja que perdura aún hoy: se esperaba que las mujeres se sintieran atraídas por los dulces, pero hicieran un enorme ejercicio de autocontrol a la hora de consumirlos con el fin de estar

delgadas. En restaurantes como Schrafft's, una cadena de la época victoriana donde se servía a mujeres y que se publicitaba como «el almuerzo con más exquisiteces de todo el estado», el menú era especialmente profuso en dos categorías: ensaladas y postres.[13] Al mismo tiempo, la idea de que este tipo de comidas era insustancial, ligero e inadecuado para un hombre iba arraigando en la cultura. En un número de 1934 de la revista *House & Garden*, el escritor Leone B. Moates se quejaba de que las esposas intentaban que sus maridos subsistieran a base de ridículas «exquisiteces» como «minucias del estilo barrita de malvavisco batida».[14]

En 1994, la socióloga australiana Deborah Luton descubrió que la diferenciación de los alimentos por géneros había variado muy poco desde la época victoriana: las personas que participaron en su estudio identificaron los alimentos femeninos con los adjetivos «ligero, dulce, cremoso, de textura suave, refinado y delicado» y mencionaron específicamente los sándwiches diminutos y sin corteza como el mejor ejemplo de esta clase de comida.[15] El alimento masculino por antonomasia, en cambio, era la carne roja.

Una mujer no debería dejarse ver comiendo ni bebiendo a menos que sea ensalada de langosta y champán, las únicas viandas verdaderamente femeninas y adecuadas.

LORD BYRON a lady Melbourne,
25 de septiembre de 1812[16]

Si bien la idea de dieta diferenciada por género empezó siendo una especie de meme, pronto adquirió el brillo de la legitimidad médica. Los alimentos más apropiados para un sexo estaban contraindicados para el otro, siempre con justificaciones aparentemente científicas. Se advertía a las mujeres de que los alimentos estimulantes, sobre todo los salados, picantes o ácidos, sobrecargarían su sensible sistema nervioso; o, peor aún,

aumentarían su apetito sexual.[17] La idea de que la comida fuera una droga de entrada que condujera a la depravación y, por tanto, a un mal estado de salud, estaba extendida: una mujer que se atiborrara de carne era, a ojos de los demás, tan depravada como otra que bebiera demasiado. Los edictos médicos sobre qué debían y no debían comer las mujeres eran, en muchos casos, una forma transparente de controlar su sexualidad.

La combinación victoriana de buena salud y buen carácter dificultaba separar las convenciones médicas de las morales, especialmente las concernientes a la gastroenterología. Los expertos en salud más influyentes de la época, incluso aquellos que habían recibido una educación médica formal, actuaban como los *influencers* actuales del bienestar en lo concerniente a las pautas y los tratamientos que recomendaban; en particular sus consejos dietéticos dirigidos a las mujeres, que estaban más encaminados a ajustar sus cuerpos y conductas a las normas culturales que a mejorar su salud.[18] Se desaconsejaba a las mujeres consumir carne o comer en exceso, no porque preocupara que hacerlo pudiera perjudicarlas, sino porque el apetito era un vicio que se creía que ellas no tenían la capacidad innata de controlar, de ahí la necesidad de unas reglas estrictas para contenerlo. Incluso una simple golosina estaba imbuida de toda clase de bagaje cultural dependiendo de las circunstancias en las que se consumiera. Al escribir sobre la etiqueta victoriana en lo concerniente a los dulces y el cortejo, el historiador de la alimentación Michael Krondl señala la poderosa interacción entre las pautas dietéticas, la etiqueta y la representación de la feminidad: «Mientras que una mujer podía mostrar su predilección por un caballero que la visitara con una caja de bombones comiéndose uno o dos, rendirse al placer solitario de comer bombones en privado únicamente le ocasionaba oprobio».[19]

En resumen, una mujer con una figura esbelta era, por su delgadez, la imagen del autocontrol, lo que a su vez la presentaba como una persona culta, sensible y de una clase social alta. Y, pese a que los complejos rituales de cortejo y las pautas dietéticas

específicas de aquella época han cambiado, no ha sucedido lo mismo con la forma en que la cultura médica y la cultura mercantil conciben la gastroenterología de la mujer. Sigue existiendo una asociación inextricable similar entre salud y poder adquisitivo, entre sabiduría médica y charlatanería pseudocientífica y dietas relámpago, y la lucha por controlar la vida de las mujeres comienza por controlar sus apetitos.

* * *

En 1910, el sanatorio de Battle Creek era un monumento a la salud entendida no como estado del cuerpo, sino como un lujo.[20] Era en parte balneario, en parte hospital y en parte hotel elegante. Sus instalaciones, repartidas en doce hectáreas, consistían en más de dos docenas de edificios equipados con suelos de mármol, alfombras persas e invernaderos repletos de plantas exóticas. Contaba con instalaciones a medida para todo tipo de terapias imaginables: de agua, luz, calor o electricidad. Había ocho piscinas revestidas de azulejos de color blanco inmaculado. El vestíbulo tenía el tamaño de un campo de fútbol. Una sala se dedicaba exclusivamente a la aplicación de enemas, estaba equipada con una máquina patentada capaz de bombear catorce litros de yogur en el ano del paciente que no generara las cuatro evacuaciones diarias prescritas por el médico.[21]

Había, cabe imaginar, un montón de enemas.[22]

Lo más importante era el médico: John Harvey Kellogg, el mayor gurú del país en el arte y la ciencia de lo que él llamaba «vida biológica». La presencia de Kellogg es ubicua e inconfundible. Mientras que sus empleados van de impoluto uniforme blanco, con el cuello de la bata y el delantal almidonados, Kellogg se decanta por un estilo más apropiado para ir a misa: trajes impecables, zapatos bruñidos y, de complemento, un bastón. Pese al extravagante bigote de morsa y la prolija barba que le ocultan la mitad inferior de la cara, su semblante es simpático —cercano a la par que experto—, y

se pasea a menudo por las instalaciones del instituto con una cacatúa encaramada al hombro. (La cacatúa hace juego con los trajes de Kellogg, es blanca inmaculada.)[23]

En un momento dado podían residir más de mil pacientes en el San, como se conocía cariñosamente el sanatorio, y Kellogg los atendía a todos personalmente.[24] Recogía sus historias clínicas, dictaminaba diagnósticos, prescribía tratamientos, regímenes y dietas extraordinariamente estrictos que no solo incluían detalles específicos sobre qué alimentos consumir, sino cuántas veces masticar antes de tragar. A veces practicaba cirugías, aunque no son la pericia como médico de Kellogg ni sus dotes en el quirófano las que hicieron del San un destino para una clientela en busca de salud; tampoco los exuberantes jardines, los servicios de balneario, la calistenia diaria ni el entretenimiento nocturno.

Es la promesa de control. Nadie envía pacientes a Kellogg, son ellos quienes lo buscan a él, y acuden desde todos los rincones del país. Y lo que sucede en el San no tiene que ver con lo que le hacen al paciente, sino con lo que el paciente se hace a sí mismo. Cien años antes de que el término «autocuidado» entre en el léxico, antes de que una pequeña industria de *influencers* evangelice sobre la alegría y la plenitud de encontrar la combinación perfecta de suplementos para equilibrar el bioma intestinal, Kellogg invita a la clase ociosa a perfeccionarse en su resort dedicado a la salud, con descanso y relajación, dieta y ejercicio, y la purificación del cuerpo y la mente que se obtiene al resistirse a los cantos de sirena de los apetitos. Él no cura: ofrece la posibilidad de curarse a uno mismo.[25]

«La enfermedad la cura el propio cuerpo, no los doctores ni los remedios», les dice a sus pacientes y ellos le creen.[26] Él tiene la cura si ellos tienen la fuerza.

Solamente tienen que venir y tomarla.

Los libros de cuentos, los romances, las historias de amor y las novelas religiosas constituyen el grueso de las lecturas que las jóvenes estadounidenses devoran con avidez. Hemos conocido a algunas, aún

adolescentes, que ya han leído bibliotecas enteras de las novelas más apasionantes. El gusto por este tipo de lecturas es comparable al gusto por el licor o el opio.

JOHN HARVEY KELLOGG,
doctor en Medicina, *Plain Facts for Old and Young*, 1879[27]

Pese a que «tomar la cura» en su sanatorio se parecía más a hacer un retiro centrado en el estilo de vida que a una estancia en una residencia médica, Kellogg, quien había asumido la dirección de Battle Creek en 1876, fue uno de los médicos más célebres e influyentes del país durante la etapa de apogeo del centro. El doctor, siempre ocupado en ese vínculo que imaginaba que existía entre una dieta decadente y la depravación sexual, trataba indistintamente a hombres y mujeres en el San, aunque estaba convencido de que las mujeres eran particularmente susceptibles a corromperse.

En opinión de Kellogg, permitir que las mujeres disfrutaran de alimentos picantes o simplemente sabrosos entrañaba numerosos peligros de naturaleza médica y moral: «Las golosinas, las especias, la canela, el clavo, la menta y todas las esencias fuertes excitan de manera poderosa los órganos genitales y conducen al mismo resultado», escribió en la década de 1880.[28] Aquel ominoso resultado era la masturbación, por supuesto, un acto con el que Kellogg estaba particularmente obsesionado. No solo creía que la masturbación era el temible final al que conducía ingerir demasiada menta, sino que también afirmaba que era la causa de una retahíla de dolencias como la epilepsia, las verrugas o el acné, entre otras.

Prácticamente todas las directrices dietéticas de Kellogg fueron diseñadas con el objetivo de subvertir la excitación sexual en general y la masturbación en particular, aunque, para ser justos, el doctor no consideraba este un problema exclusivo de las mujeres, ni siquiera un problema de otras personas. Podría decirse que una de las cosas que hicieron de Kellogg una figura de culto de tal relevancia en su época fue que practicó todo lo que predicaba: ingería una dieta

vegetariana blanda, evitaba el alcohol y el tabaco y practicaba una total abstinencia sexual. Supuestamente nunca llegó a consumar su matrimonio y, aunque crio a cuarenta y dos hijos —todos adoptados —, él y su esposa durmieron en cuartos separados toda su vida.[29]

Sin embargo, pese a tener el valor de sus convicciones, la insistencia miope de Kellogg en atribuir tantos problemas médicos a la misma causa no beneficiaba a sus pacientes. Como sucede con el hombre del martillo de la ley de Maslow, para quien todo es un clavo —o, en el caso de Kellogg, un aparato masturbador—, el doctor impuso este diagnóstico a un número desorbitado de mujeres, muchas de las cuales padecían enfermedades perfectamente tratables con las que su médico debería haber estado familiarizado. En un caso, una paciente se presentó con un pecho enrojecido e hinchado, seguramente a causa de una afección llamada «mastitis» provocada por la infección de un conducto galactóforo. ¿El diagnóstico de Kellogg? «Pecho histérico» causado por la masturbación (¿qué si no?).[30] En otro caso, atribuyó los síntomas de un «trastorno nervioso severo» de una niña de diez años que había sido víctima de una agresión sexual —y que muy probablemente padecía un trastorno de estrés postraumático derivado de la propia agresión— a los supuestos hábitos masturbatorios de la niña, que Kellogg sugirió que había adquirido del hombre que la violó.[31]

En resumen, existían pocos trastornos del cuerpo humano que Kellogg no creyera que derivaban de la depravación sexual o condujeran a ella. Incluso su obsesión por los movimientos intestinales —recordemos: ¡cuatro deposiciones al día!— remitía en última instancia a la misión de dar con cualquier posible foco de excitación sexual, ya que él creía que el estreñimiento podía provocar en las jóvenes una excitación sexual peligrosa e incontrolable.

Al igual que muchos de los «expertos» en bienestar de la actualidad, Kellogg presumía de contar con una retahíla de clientes ricos y famosos que le daban un aire de legitimidad por ridículas que fueran sus ideas. Entre los residentes de su sanatorio se

encontraban Thomas Edison, Henry Ford e incluso a Amelia Earhart, quien visitaba las instalaciones y tomaba los remedios de Kellogg para prepararse antes de sus importantes vuelos.[32] Pero Kellogg también era médico, con toda la credibilidad que eso conlleva. Como resultado, muchos de sus métodos penetraron en la corriente mayoritaria, donde fueron adoptados por los profesionales de la medicina, quienes creían que estaban a la vanguardia de la ciencia dietética, y también por los estadounidenses de a pie. Estas personas, que nunca podrían permitirse una estancia de una semana en el San, sí podían comprar el régimen prescrito por el doctor y servirlo para desayunar: una vía directa al consumidor que afianzó las ideas nutricionales de Kellogg en la consciencia del público y en el sistema médico, y, con ellas, las convicciones del doctor acerca de los peligros morales de una dieta picante.

Gracias a la influencia de Kellogg y sus contemporáneos, entre ellos Sylvester Graham, las primeras versiones de lo que ahora conocemos como «alimentos dietéticos» entraron en la corriente mayoritaria a principios del siglo XX. Los copos de cereales Kellogg's estaban entre ellos, al igual que las galletitas de Graham con el mismo nombre.[33]

Ninguno de estos alimentos se parece mucho a su versión actual, que contiene edulcorantes y conservantes que sin duda habrían horrorizado a sus creadores. (John Kellogg dejó de hablarse con su hermano William tras una intensa disputa porque este último quería fabricar unos cereales en copos que tuvieran buen sabor.)[34] Los alimentos dietéticos originales eran insípidos, lo cual era intencionado, ya que habían sido ideados como antídoto contra los sabores picantes o estimulantes que, en opinión de aquellos doctores, eran los causantes de la corrupción sexual. Estaban además hechos de plantas: la promoción de una dieta vegetariana por parte de Kellogg se debía entre otras cosas a la creencia de que los «alimentos carnosos» (las carnes) dejaban en los intestinos «residuos sin digerir» que permanecían en el cuerpo y causaban enfermedades. (Kellogg llamaba a este fenómeno «toxemia

intestinal», pero si suena a «envenenamiento con caca» es porque por ahí va la cosa.)[35]

Y, aunque estos productos no estaban contraindicados para los hombres, eran las mujeres quienes los añadían a la lista de la compra, quienes los servían en su mesa y a quienes se les decía —de una forma que los hombres nunca experimentaron— que moderar su apetito era, además de una cuestión de buena salud, una urgencia moral.

Ha transcurrido un siglo desde que John Harvey Kellogg se embarcara en la misión de purificar las almas de las mujeres aburriendo sus paladares y limpiando sus intestinos, y, por lo general, tanto él como Graham y otros de su calaña son calificados de charlatanes por el *establishment* médico actual. No obstante, esto no cambia el hecho de que durante décadas —incluidos algunos de los años formativos de la gastroenterología moderna— al doctor gastrointestinal más célebre de Estados Unidos lo que más le preocupaba no era la salud intestinal, sino cómo manipular la dieta de las mujeres para evitar que se excitaran sexualmente. Y, al igual que aquellos residuos pútridos de carne que según Kellogg permanecían en los intestinos y envenenaban el cuerpo, así han permanecido muchas de sus ideas, enterradas y sin expulsar, tanto en el sistema médico como en la consciencia de la población.

Se perciben las reminiscencias del miedo de Kellogg por los alimentos cárnicos en la reciente obsesión médica por eliminar las grasas de la dieta de los estadounidenses. Se perciben las reminiscencias de los pacientes haciendo cola para recibir un enema en el sanatorio de Battle Creek en la moda contemporánea de las irrigaciones de colon de los *spas* médicos perfectamente equipados, donde alguien como Gwyneth Paltrow podría estar recibiendo el mismo tratamiento en la habitación contigua. Y, pese a que los insípidos cereales y galletitas que antaño se promocionaban como un método para que las mujeres redujeran su apetito por la comida y el sexo han sido reemplazados por una miríada de productos fabricados en masa y ultraprocesados que saben menos a cartón

que sus predecesores, unos y otros tienen un perfil nutricional similar y prometen algo parecido.

Según la publicidad, se pueden disfrutar estos alimentos sin sentimiento de culpa.

Ese temible enemigo del encanto y la salud: el estreñimiento.

Anuncio del laxante ExLax, hacia 1935[36]

Las chicas no hacen caca.

Camiseta, hacia 2000[37]

Aunque los copos de cereal de John Harvey Kellogg habían sido diseñados para saciar el hambre sin estimular el paladar —y, por extensión, los genitales—, había otra razón por la que parecían estar hechos más a medida de un sexo que del otro: eran un tratamiento eficaz contra el estreñimiento, un problema más extendido entre las mujeres que entre los hombres.

Algunos médicos pensaban que el estreñimiento era peligroso, pues compartían la creencia errónea de Kellogg de que conducía al «autoenvenenamiento», de que las heces sin expulsar contenían residuos tóxicos de la digestión que penetraban en el torrente sanguíneo desde el tracto gastrointestinal y envenenaban todo el cuerpo desde dentro.[38] Y, dado que el estreñimiento afectaba a las mujeres de manera desproporcionada, los médicos estaban cada vez más convencidos de que estas debían de estar haciendo algo para provocarlo.

Las razones por las que se podía culpar a una mujer de provocar su propio malestar gastrointestinal eran de lo más variadas: no hacía ejercicio o, por el contrario, hacía demasiado; comía alimentos inadecuados, o los adecuados, pero en exceso; era demasiado sexual o demasiado frígida; estaba obsesionada de una

forma malsana con sus movimientos intestinales o demasiado distraída por frivolidades y no les prestaba la debida atención. A menos que, en lugar de todo esto, se debiera a que estaba histérica.

Quizá huelga decir que la idea de que las mujeres eran las culpables de estar estreñidas era tan legítima desde el punto de vista científico como la noción de que la sangre, el cerebro y el sistema nervioso de una persona pudieran estar envenenados a causa de la presencia de heces sin expulsar. (En otras palabras: una mentira tan cochina como un buen… en fin, ya sabemos qué.) Aun así, entre los médicos empezó a gestarse la idea de que el estreñimiento no era un problema de la mujer y nada más, sino que era también un problema de comportamiento.

En 1874, un médico londinense llamado Richard Epps inició el debate sobre el estreñimiento con un tratado que llevaba el ilustrativo nombre de «Constipation, Hypochondriasis, and Hysteria: Their Modern Treatment» [«Estreñimiento, hipocondría e histeria: Tratamientos modernos»]. Epps dudaba de que el estreñimiento fuera un problema de la mujer de origen anatómico o fisiológico. Por el contrario, planteó la hipótesis de que las mujeres pasaban demasiado tiempo paseando en carruaje, asistiendo a demasiadas fiestas y descuidando el ejercicio, lo cual derivaba en unos intestinos lentos para los que se mostraban inexplicablemente reacias a pedir ayuda. «El sexo débil siente una gran (casi escribo «inexpugnable») aversión a pedir consejo para esta dolencia. A menudo he percibido dicha aversión en pacientes jóvenes», escribió.[39]

Epps señalaba que, en consecuencia, las jóvenes que padecían estreñimiento «eran propensas a hacerse curas con purgantes».[40] En otras palabras: tomaban laxantes para hacer caca, pero entonces ya no podían hacer caca sin tomarlos.

Por increíble que parezca, pese a que las jóvenes preferían recurrir a los laxantes en lugar de acudir a él con sus problemas de estreñimiento, a Epps no parece pasársele por la cabeza la posibilidad de que a sus pacientes les resultara especialmente ruborizante compartir sus problemas para ir al baño, pues cargaban

con un bagaje cultural al respecto que dificultaba hablar del tema. De hecho, expresa sentirse desconcertado por que estas mismas pacientes respondieran honestamente al resto de sus preguntas sobre salud y solo ocultaran información al tocar el tema de las deposiciones. El doctor escribe con desdén que su reticencia a abrirse con él «difícilmente puede deberse a la sensación de que la pregunta es indecorosa».[41]

Es evidente que el modo en que Epps y otros médicos de la época escribían sobre sus pacientes estreñidas no deja lugar a dudas sobre el motivo por el que estas mujeres habrían preferido no compartir su problema. En «An Essay on Habitual Constipation» [«Un ensayo sobre el estreñimiento recurrente»], escrito en 1885, el doctor de Filadelfia Samuel J. Donaldson describía a la mujer estreñida media como una persona privilegiada, perezosa, negligente en lo concerniente al hábito de ir al baño y víctima de «desequilibrios nerviosos», y procedía a continuación a sumarse a Epps en su condena por que recurriera a los laxantes.[42]

Donaldson, que era ginecólogo, tenía además la teoría de que había relación entre el estreñimiento y el sistema reproductor. Quizá no sorprenda que fuera uno de los médicos que creían que el útero ocupaba demasiado espacio dentro del cuerpo y no permitía que el tracto gastrointestinal funcionara correctamente. En 1893, el ginecólogo neoyorquino Andrew Currier se unió a Donaldson en su queja sobre la inadecuación de la anatomía femenina para la digestión, al tiempo que elevaba a otro nivel las acusaciones de negligencia al hacer caca. Currier se lamentaba de la «dejadez de las jóvenes, especialmente las niñas que iban al colegio» a la hora de atender la llamada de la naturaleza, y proponía que «sería mucho mejor para estas personas y para la sociedad que se restringiera su cultura intelectual».[43]

Dicho de otro modo, las niñas pensaban demasiado y defecaban poco, y era necesario revertir estas prioridades no solo por ellas, sino por la mejora de la sociedad.

Huelga decir que las acusaciones de indiferencia, negligencia y pereza que los médicos solían dirigir a las mujeres estreñidas eran tristemente imprecisas, y que las mujeres que se tomaron a pecho estos consejos junto con la reprimenda para instarlas a dejar los laxantes no notaron mejoría en su estado. Mientras tanto, arraigaba en la comunidad médica una obsesión por el autoenvenenamiento y su relación imaginaria con las dolencias del tracto gastrointestinal. Cuando John Harvey Kellogg inyectaba lavativas de yogur en los traseros de sus pacientes del San, un científico ruso llamado Iliá Méchnikov llegaba a París portando unos cultivos de yogur para la salud intestinal que él mismo había desarrollado.[44] Méchnikov iba un paso por delante de Kellogg en lo que respecta a la comprensión del bioma intestinal, si bien se equivocaba también en cuanto al efecto del estreñimiento en el cuerpo: creía que los probióticos actuarían dentro del tracto gastrointestinal para combatir los microorganismos venenosos que, de lo contrario, penetrarían en el torrente sanguíneo desde el colon de la persona estreñida y causarían el autoenvenenamiento.

Méchnikov, galardonado con el Premio Nobel en 1908 por descubrir la fagocitosis, fue una especie de celebridad en el seno de la comunidad científica. E igualmente célebre fue uno de sus protegidos, el médico británico William Arbuthnot Lane, lo más parecido a un cirujano famoso que tuvo la Inglaterra victoriana —entre sus pacientes había miembros de la alta sociedad, políticos y miembros de la familia real—, así como uno de los primeros y más fervientes defensores de la cirugía para paliar el estreñimiento, que él llamaba «estasis intestinal crónica», debido al peligro que se le presuponía como precursor del autoenvenenamiento.[45] Este tipo de cirugías podía suponer incluso la extirpación completa del colon, y los pacientes que requerían esta intervención eran principalmente mujeres, por supuesto.

Paradójicamente, es gracias a Méchnikov y Lane, unos gigantes en su campo, considerados dos de los pensadores científicos más avanzados de su tiempo, por lo que aquella errónea obsesión con el

autoenvenenamiento arraigó tan profundamente en la comunidad médica y, con ella, también las intervenciones quirúrgicas innecesariamente agresivas para combatir el estreñimiento que afectaron de manera desproporcionada a las mujeres. Incluso Kellogg, que admiraba la labor de estos hombres, expresó inquietud por su predilección por las colectomías, un procedimiento al que muchos pacientes no sobrevivían. En 1917, Kellogg advirtió que «es necesario probar exhaustivamente los demás medios, sobre todo las medidas dietéticas, antes de recurrir a un procedimiento quirúrgico tan tremendo».[46]

Sin embargo, para entonces la influencia de médicos como Kellogg y Graham estaba en declive. Pese a que habían alcanzado el estatus de iconos culturales, el enfoque de ambos, obsesionado con la moral y orientado al estilo de vida, empezaba a perder el respeto de la comunidad médica internacional, que los consideraba unos «fanáticos de las modas en salud» y no unos científicos de verdad. En otro universo, alguien se habría dado cuenta de que el mismo concepto de autoenvenenamiento no tenía fundamento científico; en cambio, científicos como Lane decidieron que Kellogg tenía razón en cuanto al problema, pero no sobre cómo curarlo.

Cuando por fin se desmintió la idea de que las mujeres se envenenaban con sus propios intestinos sin evacuar, ya se habían hecho incontables colectomías innecesarias y había nacido además otra teoría médica, aún más destructiva, conocida como «infección focal», centrada en la idea de que todas las enfermedades, incluidas las mentales, tenían su origen en la infección, a menudo invisible y muy localizada, de alguna parte del cuerpo.[47] En este sentido, los médicos también estaban de acuerdo en que el único tratamiento posible era quirúrgico y también aquí los resultados fueron terribles. Las pacientes que tenían la desgracia de toparse con uno de estos doctores veían en muchos casos cómo les extraían todos los dientes por una convicción muy extendida de que albergaban toxinas ocultas. (Conoceremos a una de estas pacientes, Agnes, en el capítulo dedicado a la urología.)

Finalmente, tanto el autoenvenenamiento como la infección focal pasaron de moda. Cuando Lane murió en 1943, la comunidad médica había pasado a considerar estas teorías ciencia basura.[48] También el propio Lane, tras haber llegado a la conclusión de que la mayoría de las enfermedades gastrointestinales tenían su origen en la vida y las dietas modernas.[49] De hecho, tenía más razón en esto que en la idea de que había que extirpar el colon para curar el estreñimiento, pero para entonces ya era demasiado tarde. El giro de Lane hacia un modelo más holístico de gastroenterología le costó la reputación y la práctica médica. En este sentido, su historia es un buen ejemplo de lo fácil que es que arraiguen creencias equivocadas en medicina y lo difícil que es corregirlas después. ¿Qué sucedió con las colectomías que Lane popularizó en su día y desaprobó antes de morir? Pues que se siguen practicando en la actualidad.

Los intestinos tienen un sistema nervioso muy complicado, al igual que el cerebro. Los intestinos y el cerebro se envían señales constantemente. En los trastornos de la conexión entre los intestinos y el cerebro, estas señales son como cables cruzados; las terminaciones nerviosas de los intestinos pueden amplificarse de tal manera que los pacientes sientan con mucha más intensidad que otras personas.

DANIELA JODORKOVSKY,
doctora en Medicina, fragmento de entrevista, 2022[50]

Los pacientes son egocéntricos y suelen preocuparse mucho por las heces mucosas.

SIR WILLIAM OSLER,
doctor en Medicina, 1912[51]

Corre el año 1938.[52] El campo de la gastroenterología sigue plagado de conceptos erróneos y prejuicios extraños, aunque, la

verdad sea dicha, lo mismo le sucede a la sociedad en su conjunto.

Dorothy, una enfermera cualificada de veintipocos, lo sabe mejor que nadie. Procede del antiguo linaje de Nueva Inglaterra; es hija de la roca de Plymouth, de orgullosos puritanos, de la tradición protestante más añeja de Estados Unidos. Pero se ha enamorado de un doctor, un apuesto católico italiano que quiere casarse con ella.

Su familia está furiosa. ¡¿Un italiano?! Aseguran que, si sigue adelante con los planes de boda, no los volverá a ver. La desheredarán, la echarán, le prohibirán la entrada a su casa. Eso le dijeron sus padres cuando les envió una carta comunicándoles el compromiso. Desde entonces, se lo repiten cada vez que tienen ocasión. Las cartas llegan puntuales cada pocos días, cargadas de reproches y ponzoña.

El chiste: las cartas son lo único que llega regularmente.

Durante los dos meses posteriores a la primera de aquellas crueles cartas, Dorothy ha sufrido constantes diarreas. Lo peor no es la molestia, sino la humillación, el miedo a encontrarse demasiado lejos de un retrete cuando le viene el apretón. El médico le receta medicinas que no le sirven de nada. Ella cambia la dieta, pero eso tampoco le ayuda. Los retortijones no cesan y las cartas siguen llegando hasta que es el día de la boda y Dorothy y su doctor pronuncian sus votos en el juzgado. Él va ataviado con su mejor traje de franela gris con chaqueta cruzada. El de ella es azul, a juego con sus ojos.

Cuando llegan a casa, les está esperando otra carta.

A Dorothy se le revuelve el estómago.

La abre.

Se echa a reír.

Después de todo, sus padres han decidido aceptar el compromiso. Lamentan haberse perdido la boda —lamentan todo lo ocurrido— y esperan que vaya a visitarlos pronto con su esposo, al hogar de infancia de Dorothy, donde siempre serán bienvenidos.

Es una noticia tan maravillosa, un cambio tan agradable, que Dorothy tarda unos días en darse cuenta: después de dos meses de

agonía, los terribles revoltijos y retortijones de barriga han desaparecido por completo.

* * *

En 1912, sir William Osler llevó a cabo una de las primeras investigaciones de las que se tiene noticia acerca del fenómeno conocido entonces como «colitis mucosa», llamado actualmente «síndrome del intestino irritable» (en adelante, SII); y, con ello, introduce en el sistema médico un estereotipo que persiste en la actualidad. A continuación, Osler señalaba que la colitis mucosa se había convertido en «la afección de moda», cada vez más prevalente en los últimos años, sobre todo entre las mujeres.[53] Y, más de cien años después, los médicos contemporáneos siguen concibiendo a la paciente gastroenterológica igual que en los tiempos de Osler: una persona ansiosa, difícil, emocional y dura de tratar.

Osler señaló que estos pacientes eran «neuróticos en mayor o menor grado». Padecían una retahíla de trastornos que se asociaban a la mujer, como estallidos de histeria, hipocondría o melancolía, entre otros. Estaban obsesionados con su salud de un modo irritante: «Los pacientes son egocéntricos y suelen preocuparse mucho por las heces mucosas». Al mismo tiempo, su empatía no iba dirigida a los pacientes, sino a los médicos que los trataban: estos casos son «los más angustiosos con los que hemos de lidiar, personas inválidas durante un período de diez a veinte años, neurasténicos en un grado extremo…»[54]

La utilización de la palabra «neurasténico» es especialmente ilustrativa. Los médicos de la época la utilizaban para describir a pacientes que padecían apatía, fatiga, dolores de cabeza e irritabilidad; es decir, lo que sentiría casi cualquiera que llevara veinte años padeciendo diarrea crónica e incurable. Sin embargo, puesto que los pacientes eran en su mayoría mujeres —y debido a que las mujeres, según el pensamiento médico de la época, eran más débiles y neuróticas—, Osler planteaba que el SII era

fundamentalmente una enfermedad de la mujer. En ellas, la consideraba un subproducto de la histeria, mientras que, en las raras ocasiones en que el paciente era varón, se concluía que el enfermo era emocionalmente débil, amanerado y afeminado.

«De poco sirven los medicamentos. Hay que tratar primero la neurastenia, lo cual podría bastar para curar la dolencia», escribió.[55]

De hecho, Osler no iba del todo desencaminado cuando hablaba de la interrelación entre una mente infeliz y unos intestinos descontentos. Pero sin una comprensión más actual y matizada de cómo actúan el estrés y las hormonas del estrés sobre el sistema gastrointestinal, Osler y otros doctores como él acabaron sacando conclusiones parecidas y sufriendo frustraciones similares que traspasaron a los pacientes. Los médicos decidieron que estas mujeres no eran difíciles de tratar sin más, sino que eran personas difíciles y punto. Ellas solas se enfermaban y se hacían la vida miserable.

Casi treinta años después de Osler, el campo de la gastroenterología comenzó a aceptar la idea de que existe una conexión entre los intestinos y el cerebro, si bien seguía sin comprenderse del todo. Un tratado breve titulado «Mucous Colitis: A Psychological Medical Study of 60 Cases» [«Colitis mucosa: Estudio médico psicológico de sesenta casos»] señalaba que «la diarrea como síntoma del nerviosismo ha sido reconocida durante siglos. No obstante, la reacción al completo no ha recibido hasta hace poco el reconocimiento y el estatus de síndrome».[56]

Este breve tratado, que incluía el caso de la enfermera cuyo estresante compromiso había coincidido con un ataque de SII de dos meses de duración, fue publicado en 1939 por tres doctores que eran unas figuras reconocidas en sus respectivas especialidades. El doctor Chester Jones trabajaba en el Massachusetts General Hospital además de en la Facultad de Medicina de Harvard, donde estaba especializado en las enfermedades del sistema nervioso. El doctor Benjamin White acababa de licenciarse en la Facultad de Medicina de Harvard y era gastroenterólogo; acabaría ejerciendo en el

Hartford Hospital de Connecticut durante más de treinta y cinco años.[57] Por último, Stanley Cobb, veterano del Ejército y profesor de la Facultad de Medicina de Harvard, cuya creencia en el tratamiento holístico del paciente era muy avanzado para su tiempo.[58] A diferencia de muchos de sus colegas, Cobb rechazaba el paradigma que intentaba trazar fronteras para separar lo físico y lo mental, así como las enfermedades orgánicas —las que tienen una causa identificable— y las funcionales, de origen misterioso y tratadas a menudo con desdén por los doctores, quienes consideraban que todo estaba en la mente del paciente.

«Lo que quiero subrayar es que no existe el problema de "mente" frente a "cuerpo", porque, desde un punto de vista biológico, no puede establecerse tal dicotomía», escribió Cobb en 1943. Y añadió: «La dicotomía es un artificio que no entraña verdad alguna, y es un debate que no tiene cabida en la ciencia de 1943 […]. La diferencia entre psicología y fisiología es meramente un tema de complejidad. Los procesos corporales, más simples, se estudian en los departamentos dedicados a la fisiología, mientras que los más complejos, que entrañan los niveles más altos de integración neuronal, se estudian en los departamentos psicológicos. Desde un punto de vista biológico, no hay ningún significado en esta división; simplemente se trata de un tema administrativo, para que el presidente de la universidad sepa qué salario le corresponde a cada profesor».[59]

Las indagaciones sobre el origen de la colitis mucosa llevadas a cabo por Cobb junto con los doctores White y Chester formaron parte de una larga historia, durante la cual su labor como neurólogo revelaba una y otra vez que existía una poderosa conexión entre el cerebro y el tracto gastrointestinal. Cobb ya sabía que lo que ocurría en el estómago podía manifestarse provocando resultados extraordinarios en el cerebro: en 1922, Harvard le había encomendado la tarea de dilucidar por qué la inanición funcionaba como tratamiento eficaz para la epilepsia y sus hallazgos condujeron al desarrollo de la dieta cetogénica.[60] Aun así, Cobb seguía sin

entender del todo la interrelación entre la neurología y la gastroenterología ni por qué semejante cuestión afectaba mucho más a las mujeres que a los hombres.

Por el contrario, Cobb y los coautores del texto acabaron postulando que el SII dependía del tipo de personalidad. La diarrea que padecían estos pacientes era una manifestación de su deterioro emocional: las heces sueltas contrarrestaban una personalidad rígida y terrible.

«Los autores creen que el origen más común de la sobreestimulación parasimpática en pacientes con colitis mucosa es la tensión emocional. Las tres emociones de la ansiedad, la culpa y el resentimiento son las más comúnmente asociadas a la tensión en pacientes con colitis mucosa», concluyeron.[61]

Incluso en la vanguardia de la investigación médica, y pese a contar con un médico con una mente más abierta que la de la mayoría de sus colegas coetáneos, ese era el consenso en lo que respecta a los problemas gastrointestinales de las mujeres: el SII es un coñazo y tú también.

Al tratar las enfermedades de las mujeres, los doctores a menudo tienen la desventaja de sugerir e insistir en hacer «exámenes» y «tratamientos locales». Muchos no saben que todo eso es absolutamente innecesario.

RAY VAUGHN «R. V.» PIERCE,
doctor en Medicina, 1896[62]

La historia de la gastroenterología y la mujer es tanto una historia de traspiés médicos como de charlatanes y estafadores con remedios inútiles y dotes de venta. La combinación entre la naturaleza embarazosa de los problemas gastrointestinales, la hostilidad de muchos médicos hacia los pacientes que los padecen y la tendencia natural de las personas abandonadas por un sistema determinado a buscar maneras de eludirlo hizo que fuera cuestión de tiempo que surgiera un turbio modelo médico directo al

consumidor como respuesta a las deficiencias del modelo oficial: un sistema que hizo sentir a los pacientes, sobre todo a las mujeres, que tenían el control y recibían la atención que necesitaban.

Los doctores como R. V. Pierce, quien anunciaba sus remedios por medio de espectáculos de medicina ambulante y catálogos de venta por correo, no habían recibido una titulación oficial. Ray Vaughn Pierce se había graduado en 1862 en el Eclectic Medical Institute de Cincinnati, un centro decimonónico de formación médica alternativa. Una vez titulado, fundó la World's Dispensary Medical Association, radicada en Búfalo, desde la que distribuía tónicos, elixires y panaceas entre los que se incluía el «Extracto de Hierba Inteligente» que anunciaba como la «Receta favorita del doctor Pierce».[63] En el punto álgido de su carrera, los anuncios de sus productos aparecían por doquier —en el periódico que leías con el café de la mañana o enganchados a cuatro metros de altura en el lateral de un edificio junto al que pasabas de camino al trabajo—, y su dispensario amasaba la entonces astronómica cifra de medio millón de dólares al año.[64]

La falta de credenciales médicas formales de Pierce apenas les importaba a los pacientes —en su mayoría mujeres— que acudían en bandada a adquirir su mercancía. Si acaso, estos practicantes de medicina marginal eran mejores que los de verdad. Aquellos hombres que habían estudiado en las facultades de Medicina dudaban de ti, te despreciaban e incluso te culpaban por haberte puesto enferma. El doctor Pierce no hacía eso. Él te escuchaba. Sus anuncios no solo iban dirigidos a las mujeres, sino que les hablaban directamente, les inspiraban confianza, las hacían sentirse vistas y respetadas.[65]

«Muchas mujeres le mienten al médico —rezaba uno de estos anuncios, publicado en periódicos de todo el país en 1896—. Saben que, si admiten tener ciertos síntomas, el doctor insistirá inevitablemente en "explorarlas".»[66]

Una mujer que leyera este anuncio comprendía al instante a qué síntomas se refería —el estreñimiento—, así como las temibles

insinuaciones de las comillas en «explorarlas»: algo invasivo, vergonzoso, algo que haría que cualquier mujer que se respetara a sí misma mintiera con tal de evitar. Sin embargo, en lugar de regañarla por no decirle la verdad al médico, el anuncio adopta una postura aquiescente respecto a este pequeño acto de rebeldía. Además de comprensible, es acertado: «Muy a menudo el médico está demasiado ocupado y tiene demasiada prisa como para esforzarse lo necesario en obtener toda la información. Con frecuencia trata los síntomas por lo que parecen superficialmente, mientras que las causas verdaderas y la enfermedad real son más profundas y peligrosas. Un desarreglo en los singulares órganos femeninos provoca desarreglos en todo el cuerpo».[67]

El anuncio continúa, pero se capta el mensaje, como lo captó la mujer a quien iba dirigido.

EL DOCTOR NO TE CREE, YO SÍ

EL DOCTOR NO PUEDE AYUDARTE, YO SÍ.

EL DOCTOR NO SABE QUÉ TE PASA,
PERO TÚ SÍ Y NO LO NECESITAS PORQUE CON ESTA
RECETA PUEDES CURARTE A TI MISMA

Pese a halagar a las mujeres diciéndoles que ellas entendían sus necesidades médicas mejor que un médico desdeñoso, los fabricantes y los vendedores de suplementos también apelaban a algo que las mujeres deseaban aún más que un sistema digestivo bien engrasado: belleza. «Chicas, sed atractivas para los hombres. ¡Ese es el designio de la naturaleza para vosotras!», rezaba un anuncio.[68] «La chica que los hombres admiran… Es la del brillo en los ojos y una tez clara, radiante y juvenil», dice otro anuncio junto a la imagen de una bella joven que se sonroja cuando su joven

pretendiente la sorprende con un casto abrazo.[69] Incluso la compañía Kellogg's —la fundada por William, el hermano de John Harvey enemistado con él— iba en una línea similar: un anuncio de All-Bran de la misma época proclamaba que el estreñimiento «envenena todo el sistema» y «les roba el encanto y la belleza a las mujeres».[70]

Como siempre, la combinación entre salud y belleza servía de poderosa herramienta de marketing. En este caso, se ofrecía a las mujeres una forma de satisfacer sus deseos más fundamentales y básicos —ser guapas y atraer a los hombres— bajo el pretexto de sanarlas. Y, por anticuados que parezcan estos mensajes impresos, su significado y el método utilizado son imperecederos. Estos anuncios son la razón por la que, en 2022, todo lo que se les vende a las mujeres, desde las irrigaciones de colon a las inyecciones de bótox, se comercializa con la etiqueta de «autocuidado».

El doctor Pierce, por su parte, fue pionero tanto en el negocio de los suplementos dietéticos de venta directa al consumidor como en el paso de la medicina alternativa a la política. Tras amasar una fortuna vendiendo sus curas milagrosas, el reconocimiento del que gozaba su nombre desde los días de la «receta favorita» lo ayudó a ganar las elecciones al Senado por el estado de Nueva York y, más adelante, a la Cámara de Representantes, donde sirvió menos de un año hasta que tuvo que dimitir por problemas de salud.[71] En cuanto a sus remedios, no está claro si tenían el efecto prometido en el sistema digestivo o el cutis de las mujeres, pero había otra razón por la que sus clientes siempre volvían a por más: la mayoría de sus elixires, incluido el famoso «Extracto de Hierba Inteligente», contenían opio.[72]

El patriarcado ha penetrado en el tracto intestinal de las mujeres. Llamémoslo «putrearcado».

JESSICA BENNETT Y AMANDA MCCALL,
«Women Poop. Sometimes at Work. Get Over It»,

en *The New York Times*, 2019[73]

El síndrome del intestino irritable, el estreñimiento, los cálculos biliares o el retraso del vaciamiento gástrico que se conoce con el nombre de «gastroparesia» son algunas de las numerosas enfermedades gastrointestinales que siguen afectando de manera desproporcionada a las mujeres, igual que sucede con la mayoría de los trastornos gastrointestinales. Las razones son una compleja maraña de prejuicios médicos, hábitos culturales, el arraigo de la pseudociencia, la sempiterna sensación de que las funciones digestivas son poco femeninas y vergonzosas, y, sumado a todo ello, ciertas diferencias fisiológicas que hacen que el intestino femenino sea más complicado.

En este sentido, las hormonas desempeñan un papel importante. El cuerpo femenino contiene unos niveles más elevados de estrógeno y progesterona, y ambas inhiben la contracción de músculos lisos como los que recubren el tracto gastrointestinal.[74] Los alimentos se mueven más lentamente por el tracto de una mujer que por el de un hombre. Además, el recorrido es mayor debido a que el colon de la mujer es más largo.

Las diferencias anatómicas del cuerpo femenino implican que a los médicos les resulte más difícil hacerle una colonoscopia —un procedimiento necesario para diagnosticar muchos problemas gastrointestinales— y a las pacientes soportarla. Es un problema específico dentro de un sistema médico en el que el éxito lo define la capacidad de ver al mayor número de pacientes en el menor tiempo posible: un gastroenterólogo puede llevar a cabo menos colonoscopias al día si entre sus pacientes hay mujeres, lo que en un sistema basado en el volumen se interpreta como que el médico es menos productivo. Esto no solo supone un reto para las mujeres que podrían tener dificultades a la hora de acceder a los cuidados que necesitan, sino que crea obstáculos profesionales para las pocas mujeres gastroenterólogas del campo —menos de una de cada cinco especialistas—, puesto que la mayoría de las pacientes prefieren

recibir este tipo de tratamiento de manos de una persona de su mismo sexo.

La doctora Susan Lucak, gastroenteróloga especializada en pacientes con SII, habla del círculo vicioso que supone llevar a cabo este tipo de procedimientos de diagnóstico tan importantes para la mujer en un sistema que no quiere concederle el tiempo necesario para hacerlo de forma segura. «Técnicamente es más difícil de hacer, pero también más arriesgada», dice. Normalmente, una colonoscopia requiere media hora. Cuando la paciente es una mujer, se puede tardar el doble. «Tengo que tomarme una hora porque son mucho más largas y arriesgadas. Debo ser más cuidadosa», añade.[75]

Aun así, en lo que respecta a las diferencias anatómicas —las que los médicos del siglo XIX atribuían a la inferioridad y la debilidad inherentes al cuerpo femenino— hay algo más que biología pura y dura. No hace falta que lo llamemos «putrearcado», como hicieron las redactoras de *The New York Times* en un artículo muy ridiculizado de 2019 (título: «Las mujeres hacen caca. A veces en el trabajo. Supéralo»), pero es innegable que la idea general del artículo no iba del todo desencaminada al ilustrar la eterna ansiedad que se apodera de las mujeres a la hora de hacer caca fuera de casa.[76]

«Puede que estemos viviendo una época en la que ciertos aspectos del mundo corporativo se adaptan a las necesidades de las mujeres: hay tampones pagados por la empresa, talleres de negociación de salarios o salas de lactancia. Pero incluso en el lugar de trabajo más progresista del mundo, no es descabellado imaginar a una ejecutiva empoderada dirigiendo una reunión un momento y escabulléndose hasta otra planta para hacer sus necesidades un momento después», narra el artículo.[77]

Como explica la doctora Lucak, las mujeres no nacen con un colon más largo y tortuoso que hace que sus colonoscopias sean mucho más arriesgadas. A los veinte años, el tracto digestivo de una mujer es, a grandes rasgos, anatómicamente indistinguible del de un

hombre. Pero todos esos años aguantándose —o no tomándose el tiempo necesario para hacer sus necesidades— les acaban pasando factura.

«Los chicos van al baño, se llevan el periódico y se pasan cuarenta y cinco minutos allí, ¿no? En paz», explica Lucak.[78] En cambio, una mujer no puede permitirse el lujo de pasarse casi una hora en el baño, porque sus hijos no paran de gritar fuera, porque el jefe se pregunta por qué no está en su mesa, o, simplemente, porque no quiere que nadie se dé cuenta de lo que está haciendo ahí dentro. Las mujeres aprenden a una edad muy temprana y repetidamente que sus funciones corporales son embarazosas y que es mejor esconderlas. Y, aunque las heces sin expulsar del sistema no le envenenan el cerebro, como sugirió en su momento John Harvey Kellogg, el estreñimiento sí que desencadena cambios en su cuerpo. Un colon sobrecargado tiene dos opciones: explotar o expandirse, y opta por lo segundo. Multiplica esa expansión por toda una vida y los cambios serán profundos.

Lo paradójico del asunto es que el estreñimiento provoca más estreñimiento: cuanto más retiene una mujer las heces porque considera que no es el momento adecuado de excretarlas, más crece el colon para alojarlas. Cuanto más crece el colon, más tiempo necesitan los excrementos para moverse por el tracto. Cuanto más tiempo necesitan, mayor es el estreñimiento, y así *ad infinitum*. Pese a los muchos avances de la medicina gastrointestinal, pocas cosas han cambiado para las mujeres que acaban desarrollando el trastorno conocido como «megacolon», causado por el estreñimiento crónico: en la actualidad se siguen practicando, aunque como último recurso, las colectomías parciales de las que fue pionero William Arbuthnot Lane, incluso después de haber perdido la credibilidad en su época.

Mientras tanto, el estreñimiento sigue siendo un problema tan constante e intratable para las mujeres que ni siquiera los médicos que no están especializados en el tracto gastrointestinal pueden evitar ser conscientes de ello. Durante los tratamientos para el

cáncer de mama me veo a menudo en la tesitura de tener que advertir a mis pacientes de los efectos secundarios de uno de los medicamentos, que puede provocar diarrea.

Ya no me sorprendo cuando exclaman: «¡Genial!».

Mi comprensión de los trastornos gastrointestinales de la mujer ha cambiado a lo largo de los años. La gente tiene que ser comprensiva y empática, y no dar por hecho que la culpa es de la ansiedad y la neurosis de las propias mujeres. No creo que esa sea toda la verdad. Las mujeres no nacieron así.

GIL WEITZMAN,
doctor en Medicina, gastroenterólogo,
fragmento de entrevista, 2022[79]

Los médicos de antaño creían que el SII era una enfermedad sin causa ni cura, la manifestación física de una personalidad rígida y desagradable, y que más deprimente era para los médicos tratarla que para los pacientes sufrirla. Durante mi formación médica a principios de la década de 2000, lo único que había cambiado era que a los médicos les costaba más decir esto de manera franca y clara.

Todavía se pensaba que el SII era un trastorno provocado por la ansiedad, una señal de que había problemas psicológicos, tanto si habían sido documentados como si no. Era además un trastorno que nadie quería encontrarse en la historia clínica de un paciente; el consenso general era que el sambenito que se les colgaba a estos pacientes —que eran agotadores y difíciles— estaba basado en la pura verdad. Este estereotipo ha demostrado ser extraordinariamente intratable, pese a los avances de la gastroenterología en general: este mismo año, al mencionar que iba a entrevistar a la doctora Susan Lucak, una médica que trata a pacientes de SII exclusivamente, mi colega abrió los ojos de par en

par: «No me imagino lo que debe de ser atender a pacientes de SII a tiempo completo. Es agotador», respondió.

La historia de la medicina está llena de casos de mujeres aquejadas de alguna enfermedad funcional —es decir, de un trastorno sin causa aparente— a las que les dicen que su problema es psicosomático, que está en su cabeza. El SII es quizá el mejor ejemplo de este tipo de dolencias, pero también de cómo los médicos pueden estar muy equivocados incluso cuando tienen algo de razón.

La existencia de un vínculo entre los intestinos y el cerebro es un hecho establecido desde hace años; después de todo, fue esa misma conexión la que le permitió a Cobb observar que los cambios en la dieta de un paciente con epilepsia podían mejorar su función cerebral. Y, sin embargo, los investigadores siguen descubriendo cada día lo compleja que es esta conexión. El revestimiento del tracto gastrointestinal humano, del esófago al recto, contiene más de cien millones de células nerviosas que componen el sistema nervioso entérico (SNE), que funciona tanto de manera independiente como en comunicación con el sistema nervioso central en el cerebro y la médula espinal.[80] Esa comunicación, pese a lo que muchos médicos pensaban en su día, es un circuito bidireccional por el que ambos sistemas envían órdenes. La ansiedad de un paciente puede manifestarse en los intestinos en forma de SII, o bien unos intestinos aquejados de SII pueden enviar señales que se manifiestan en forma de ansiedad. El SNE, al que nos referimos a menudo como «el segundo cerebro», implica que las raíces del SII o de otras enfermedades intestinales estén profundamente interrelacionadas con el estado emocional, la salud mental y los niveles de estrés del paciente.

El error que cometían, y siguen cometiendo, los médicos es pensar que una enfermedad que está en la cabeza del paciente puede ser en cierto modo una invención sobre la que tiene algún tipo de control.

Consideremos el flujo hormonal que regula el ciclo menstrual de la mujer. Se inicia en el cerebro, en el hipotálamo, que envía un mensaje a la glándula pituitaria, que a su vez responde liberando hormonas gonadotropinas que desencadenan la ovulación, la menstruación y el resto de los procesos. Pero estas mismas hormonas también afectan al tracto gastrointestinal y empeoran ciertos síntomas del SII. En otras palabras, la hinchazón, el dolor y la diarrea que sufre la paciente pueden estar en su cabeza en el sentido de que se originan allí, pero ¿se está imaginando estos síntomas? ¿Es responsable de ellos? ¿Es culpa suya que el estrés se manifieste en su cuerpo en forma de una enfermedad que es extremadamente difícil de tratar?

Asimismo, el hecho de que el SII siga siendo una enfermedad que afecta a las mujeres principalmente —y, sobre todo, a las mujeres jóvenes— implica que todavía esté envuelta de un cierto sexismo de baja intensidad. Los médicos están menos versados en los problemas específicos de la mujer que pueden contribuir a la aparición del síndrome; es más probable que durante su formación aprendieran que se trataba de una enfermedad psicosomática intratable; es más probable que acaben sintiendo frustración hacia la paciente, sobre la que quizá hayan oído decir que es deprimente y difícil. (No ayuda que el síndrome del intestino irritable sea, de hecho, una enfermedad verdaderamente deprimente. Un artículo de 2017 de *The New England Journal of Medicine* señala que el impacto del SII en la calidad de vida de un paciente es tal que «se estima que los pacientes reducirían su esperanza de vida entre diez y quince años a cambio de una cura».)[81]

Las pacientes de la doctora Lucak suelen acudir a ella tras años de lucha infructuosa por controlar sus síntomas. Han pasado de médico en médico, han cambiado su dieta una y otra vez, y han comprado todos los suplementos que algún perfil de Instagram prometía que perfeccionarían su bioma intestinal. Muchas describen que los doctores que las habían atendido anteriormente se encogían de hombros y las mandaban a casa con los mismos consejos de

siempre: más fibra, más agua, menos estrés. Y, a veces, con una recomendación más específica e irritante: «Bueno, corazón, ¿por qué no te echas novio?».[82]

* * *

Mientras que la historia de la gastroenterología está enmarañada en cuestiones que tienen que ver con el control, la oncología está a punto de hacer las paces con los límites de este. El cáncer conlleva el miedo a la muerte y también el terror a perder el control: la enfermedad no es producto de una invasión externa, de un virus o una bacteria, sino de que una de tus células se ha rebelado y está propagando la enfermedad desde dentro. Para muchas de mis pacientes, la sensación de estar siendo traicionadas por su propio cuerpo se manifiesta en una obsesión con la dieta: ¿qué he comido o bebido que haya provocado esto? ¿Qué le puedo dar ahora a mi cuerpo para arreglar lo que esté estropeado?

En ocasiones, esa misión por recuperar el poder sobre el cuerpo obtiene resultados positivos —menos alcohol, más horas de sueño o una dieta más equilibrada— que mejoran tanto la salud como las posibilidades de tolerar el difícil camino a la sanación que tienen por delante. Pero me encuentro también con muchas mujeres que sucumben a la ilusión de control que ofrecen los suplementos caros y las innumerables campañas de publicidad que se alimentan de sus miedos y de las debilidades del sistema médico y que incluyen una serie de mensajes conocidos:

- «El doctor no te cree, yo sí.»
- «El doctor no puede ayudarte, yo sí.»
- «El doctor no sabe lo que te pasa, pero tú sí y puedes curarte.»

En el mejor de los casos, esto se manifiesta en forma de una paciente que se somete al tratamiento tradicional y además se deja

una fortuna en caras irrigaciones de colon y dietas *detox*; es como si creyera que no va a ponerse bien a menos que se purifique. Sin embargo, una de las cosas más descorazonadoras que he visto en mi práctica médica —y un crudo recordatorio de la peligrosa desconfianza que sigue existiendo en un sistema en el que las mujeres sienten que las cuestionan, las menosprecian y las abandonan— es la paciente que padece un cáncer curable y opta por confiar únicamente en los suplementos.

Un ejemplo de esto último es Sofía, una profesional de Recursos Humanos de treinta y cinco años y migrante procedente de América Central que arrastraba las cicatrices psíquicas de haber perdido a su madre por un cáncer de mama hacía veinte años. Sofía era afortunada pese a padecer cáncer: su enfermedad era curable y podía tratarse con pocos efectos secundarios leves. Pero su desconfianza en el sistema médico era demoledora, por un lado, debido a barreras culturales y, por otro, al trato despectivo que había recibido su madre por parte de los médicos a finales de los años noventa, y nuestros esfuerzos por convencerla eran para ella una prueba más de que el sistema conspiraba para hospitalizarla. Recurrió a las terapias alternativas, tan fraudulentas como ineficaces: comprimidos de vitamina C de Amazon y transfusiones intravenosas semanales en un *spa* médico que prometía beneficios «inmunoestimulantes».

Cuando regresó, un año más tarde, su cáncer ya era incurable y murió unos meses después.

Este es el oscuro legado de charlatanes como el doctor R. V. Pierce, aunque no le pertenece exclusivamente a él: también es de los médicos que han dudado, culpado o avergonzado a sus pacientes hasta que el curandero que vende elixires a base de opio se ha presentado como la mejor opción. Y, aunque con los años se ha ido cerrando ese cisma de desconfianza entre doctores y pacientes que data de los días de la receta favorita del doctor Pierce, hay muchas mujeres que siguen arrojando en él su tiempo, su dinero y, en algunos casos, hasta sus vidas.

Las tías buenas tienen síndrome del intestino irritable.

Valla publicitaria en Los Ángeles, 2021
(atribuida primero a Connie Shepherd, hacia 2019)

En la actualidad, el panorama de la gastroenterología de la mujer es diferente, aunque no menos complejo, que en los tiempos en que John Harvey Kellogg aplicaba lavativas de yogur en Battle Creek. El debate público acerca de la salud gastrointestinal de las mujeres sigue siendo en la misma medida un producto de la ciencia popular —o en algunos casos la pseudociencia—, de las costumbres morales y del conocimiento médico, pero los *influencers* del bienestar de hoy día son, con mayor probabilidad, pacientes en lugar de doctores, y es aún más probable que sean mujeres jóvenes que impulsan el debate desde la perspectiva de la experiencia personal. En este sentido, las cosas han cambiado para mejor: la nueva generación de mujeres no comparte el antiguo sentimiento de vergüenza respecto a estos asuntos y no teme hablar de excrementos, ni siquiera en las redes sociales, donde han emergido comunidades enteras basadas en compartir —a veces en exceso— sus experiencias sobre temas que antes se consideraban información médica personal y embarazosa. Es demasiado pronto para saber cómo van a cambiar estas jóvenes el modo en que los médicos abordan la salud gastrointestinal, pero es interesante imaginar que sea la Generación Z la que dé paso a una nueva era de paridad entre géneros en lo concerniente a la longitud del colon.

Por otro lado, el miasma de inquietudes médicas y culturales que envuelve los apetitos de las mujeres —y la compleja intersección entre comida y sexo, y comida y atracción sexual— está experimentando una transformación fascinante. En su forma actual, podría parecer hasta empoderadora: una subversión del estereotipo de la paciente con síndrome del intestino irritable controladora, obsesiva y dominada por la ansiedad, una celebración de los problemas gastrointestinales percibidos como una identidad en sí

misma. No sentir interés por la comida —o ser incapaz de comer— aún hoy es, en muchos aspectos, una señal de feminidad, pero el clima ha cambiado. Hace dos siglos, la encarnación de la feminidad era una mujer coqueta que le daba mordisquitos a un bombón; hoy, es una *e-girl* que baila en TikTok dentro de un marco digital de purpurina que reza: «LAS TÍAS BUENAS TIENEN SII».

Connie Shepherd, la joven de veinticinco años creadora del ahora omnipresente meme de «las tías buenas tienen SII», es una paciente autodiagnosticada. En una entrevista con la página web Stat, asegura que no fue más que una observación de la realidad: «Las chicas más guapas y delgadas que conocía [...] siempre tenían molestias de barriga. Son las mismas chicas que tienen sensibilidad alimentaria, evacuaciones irregulares; son chicas y mujeres que sufren de hinchazón, de restricciones en la dieta, todo relacionado con lo mismo».[83]

El modo en que el síndrome del intestino irritable se ha convertido en una identidad alrededor de la que ha surgido una comunidad tiene sus cosas buenas, pues en ella las mujeres reciben apoyo, información y el mensaje crucial de que no están solas. Hay aspectos positivos en cómo las personas que padecen enfermedades gastrointestinales encuentran una vía de escape libre de vergüenza y de estigma que les permite hablar abiertamente de lo que le sucede a su cuerpo o incluso encontrar maneras de hacer que su sufrimiento sea sexi. Hay también aspectos positivos en el auge de la medicina holística que ha emergido en internet, donde el interés por la experimentación puede ayudar a dar a conocer tratamientos prometedores aunque peculiares. (Entre los medicamentos para el intestino potencialmente prometedores cuya visibilidad han mejorado las redes sociales están los trasplantes fecales, que tienen como objetivo poblar un tracto gastrointestinal cambiante con microorganismos tomados de otra persona con un estómago de acero.)

Tan solo queda que esta transformación social, cultural y digital del debate sobre salud intestinal consiga influir en un sistema

médico que todavía va a la zaga. Aun así, hay motivos para tener esperanzas en este sentido: en lo concerniente a la medicina gastrointestinal, los avances científicos han venido a menudo precedidos de avances sociales. Y en este preciso momento, quizá más que en ningún otro en la historia, las mujeres tienen hambre de cambio.

7

VEJIGA

SISTEMA URINARIO

Mil años conteniéndonos

La joven esposa del faraón lleva más de setenta y dos horas de parto cuando, finalmente, se le desgarra la vejiga.[1]

Ella no es consciente de lo que le pasa. No siente nada más que la espantosa, acuciante y continua agonía de las contracciones mientras su cuerpo trata en vano de expulsar al bebé que lleva dentro. El único objetivo de continuar con el parto es el de aliviar su sufrimiento. El bebé murió hace ya muchas horas, aplastado entre los huesudos confines de la pelvis de la faraona, demasiado estrecha para permitirle atravesarla. Ella no llegará a conocer al bebé, no lo amamantará ni lo oirá llorar, y, aun sabiéndolo, lo más cruel está aún por llegar: cuando concluya el parto para la joven, cuando saquen al bebé en un borbotón de sangre y fluidos, se deberá únicamente a que el pequeño cadáver se ha descompuesto lo suficiente para permitir que el cráneo se desmorone.

Y lo que debería de haber sido un momento alegre, el nacimiento de un hijo varón del faraón Mentuhotep II del vientre de su sacerdotisa consorte Henhenet, queda en cambio marcado por la tragedia: no solo muere el bebé, sino que destroza a la mujer que lo llevaba dentro.[2] Su vagina se ha hundido y ha quedado aplastada entre el recto y la vejiga dilatada. El intestino grueso se le ha salido por la presión del parto, una sección de casi diez centímetros le sobresale del ano. Pero la lesión más destructiva es una fístula, una

enorme perforación entre la pared de la desgarrada vejiga y la vagina.[3]

Durante el resto de la corta vida de Henhenet, la joven sufrirá el tormento de un incesante flujo de orines que se le escapa de la vejiga y le cae por el canal de la vagina hasta los pies, la ropa y las sábanas. La uretra, ahora inservible, se convertirá en un criadero de bacterias que le provocarán continuas infecciones del tracto urinario que acabarán extendiéndose a los riñones. El faraón la abandonará: la enviará fuera de palacio para que viva recluida. No es que no le importe, sino que ni siquiera las especias y el incienso más potentes pueden enmascarar el olor.

Al final, Henhenet muere sola, repudiada, sin haber podido volver a dormir en una cama que no estuviera mojada y sucia. Los médicos que la atienden están de acuerdo en que es lo mejor, pero porque su enfermedad no tenía cura y no porque no supieran lo que le pasaba. Miles de años después, unos investigadores desenterrarán dos artefactos extraordinarios. El primero es el cadáver momificado de Henhenet, en el que aún son visibles los daños causados por un parto traumático: la vagina destrozada, las tripas prolapsadas y la vejiga perforada, todo perfectamente preservado.[4]

El segundo artefacto es el conocimiento médico de la época en lo concerniente a las mujeres aquejadas de incontinencia, más basado en un impotente encogimiento de hombros que en una solución.

Si la orina sigue saliendo [...] y ella puede distinguirla, seguirá siendo así por siempre.

Papiro de Kahun, 1825 a. e. c.[5]

La enfermedad es incurable y así permanece hasta la muerte.

AVICENA,

médico del siglo XI, sobre la incontinencia, 1025[6]

Igual que la fístula de Henhenet, que aún podía verse en su cadáver momificado mil años después, quedaron solidificados en la consciencia médica el estigma y la vergüenza asociados a su enfermedad —amén de la despreocupada impotencia de los médicos que la trataron—, definiendo así el modo de abordar los problemas urinarios de las mujeres durante años. Incluso entonces, los médicos considerarían la incontinencia de Henhenet un problema especialmente frustrante. Los antiguos egipcios eran duchos en farmacología, odontología e incluso cirugía, y sin embargo en este caso se encontraron ante un problema del que no sabían nada y para el que no tenían tratamiento ni cura.[7]

Pero si, visto desde una perspectiva contemporánea, la decisión de tachar el problema de irresoluble puede parecernos una insensible falta de interés, lo cierto es que no fueron los únicos en hacerlo ni en preferir centrarse en otras enfermedades que supieran tratar. La historia de la medicina urológica femenina está, en muchos sentidos, plagada de preguntas sin formular, posibilidades sin probar y territorio sin explorar debido a la percepción temprana y persistente de que no se podía hacer nada. Las mujeres, avergonzadas a causa de su incontinencia, preferían no hablar del tema; los médicos, frustrados ante su propia impotencia a la hora de ayudarlas, preferían no preguntar. La literatura médica sobre el tema está marcada en muchos casos por la desesperación. En sus escritos sobre la fístula, que datan del siglo XI, el médico persa Avicena solamente consigue dar con una solución preventiva y muy poco práctica: las mujeres podían evitar la enfermedad si nunca se quedaban embarazadas.[8] Johann Friedman Dieffenbach, médico alemán del siglo XIX especializado en trasplantes de piel y en cirugía plástica, se lamentaba en 1845 de un modo similar por la situación de la mujer incontinente: «Una fístula vesicovaginal es la mayor desgracia que le puede suceder a una mujer, y esto es así principalmente porque está condenada a vivir con ella sin la

esperanza de que acabe con su vida; está condenada a someterse a las secuelas de la tortura de padecerla hasta perecer de otra enfermedad o de vieja», escribió.[9] Dieffenbach comprendió que la tragedia de la incontinencia no se limitaba al tormento físico, sino que se extendía a los efectos secundarios que estar constantemente mojada y oliendo a orines suponía para la vida social de la enferma. «El esposo siente aversión por su propia esposa; una tierna madre es expulsada del entorno de sus propios hijos. Permanece sentada, aislada y sola a la intemperie, en una silla perforada», añadió.[10]

Por otra parte, algunos médicos de la escuela de los cuatro humores —convencida de que la salud dependía del equilibrio entre cuatro sustancias corporales: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, y en boga desde los tiempos de Hipócrates hasta mediados del siglo XIX—[11] fueron un paso más allá al formular la idea de que la incontinencia tenía su origen en una predilección natural de la mujer por las pérdidas.[12] La sangre menstrual, la leche materna, el flujo vaginal, la orina… Daba la sensación de que ser mujer implicaba segregar fluidos sin parar, sobre todo a través de los genitales. Así pues, se entiende que, ante un problema tan imposible de tratar, esa idea —la de que la humedad constante es una característica natural de la mujer— tuviera un cierto atractivo para los médicos: si la incontinencia era una cuestión de constitución, un aspecto natural de la condición femenina y nada más, nadie tenía la culpa de que no pudiera curarse.

Es aquí donde se percibe el nacimiento de una tendencia que el auge de la medicina organizada, en la década de 1850, no haría más que exacerbar. Los problemas urinarios femeninos pasaron de ser intratables a ser invisibles, un universo de materia oscura formado por enfermedades sobre las que a las mujeres cada vez les costaba más hablar, incluso entre ellas. El problema de la incontinencia posparto era sin duda un conocimiento compartido entre las parteras que asistían a las mujeres durante y después del embarazo, pero las parteras estaban a punto de ser apartadas: a medida que la medicina evolucionaba hasta convertirse en una práctica formal con

múltiples áreas de estudio, se propagaba la rivalidad entre los médicos que practicaban la medicina moderna y los «irregulares» que no.[13] La naturopatía, la osteopatía, la homeopatía y otras formas marginales de medicina pasaron de moda oficialmente y las sociedades médicas tomaron medidas para apartar a las personas que las practicaban.

Huelga decir que aquella misión de expulsar a los irregulares no estuvo del todo injustificada. Muchos de estos doctores carecían de formación formal y a menudo dispensaban tratamientos inútiles, cuando no dañinos directamente, como la frenología, la hipnosis o brebajes herbales tóxicos —y nocivos—. Sin embargo, los guardianes de la medicina no solo vetaron la entrada a estafadores e inadaptados, con sus tinturas de aceite de serpiente y sus calibradores para medir cráneos, sino que también dejaron fuera de la profesión a las mujeres. Las parteras, que durante muchos años habían sido las principales custodias del conocimiento médico relativo a los problemas específicos de las mujeres, se vieron relegadas a los márgenes.[14] La medicina se fue fracturando para formar el sistema de especializaciones vigente hoy, puesto que los médicos empezaron a concebir al paciente no tanto como una persona completa sino como una amalgama de sistemas y partes del cuerpo.

Y, al fracturarse el sistema, algunos de los conocimientos antiguos se perdieron por entre sus grietas.

Al llegar la década de 1870, el embarazo, el parto y todas las complicaciones relacionadas con estos dejaron de pronto de ser competencia de las parteras que llevaban siglos atendiéndolos y pasaron a serlo de los hombres especializados en el nuevo campo de la ginecología moderna. Poco después, en 1902, surgió la urología como equivalente masculino de la ginecología.[15] Y, si les hubieras preguntado entonces a estos doctores, te habrían dicho que lo tenían todo controlado: los niños tienen pene, las niñas tienen vulva y cada uno tiene a su médico, ¿cuál es el problema?

Y así es como la profesión médica se olvidó de que las mujeres también necesitan orinar.

¡No se puede decir felicidad sin decir «pene»!

Tarjeta de regalo sobre urología, 2022

El William P. Didusch Center for Urologic History es el museo dedicado a la urología más importante del mundo.[16] Es además, y hablando sin rodeos, un campo de nabos. Y no solo porque prácticamente todas las figuras históricas de la especialidad son hombres, aunque también, sino porque, en su página web, la lista de «doctores, inventores, educadores e investigadores que ayudaron a conformar el campo de la urología» incluye solamente a una mujer entre sus ochenta y una entradas. Pero es que tanto el público general como los especialistas del campo entienden que la urología es un lugar para penes.

A los visitantes del Didusch Center no les falta contenido sobre nabos con que entretenerse. La colección permanente incluye toda clase de instrumentos diseñados para los genitales masculinos, desde un antiguo catéter que Benjamin Franklin fabricó para regalárselo a su hermano —¡qué considerado!— hasta cerca de mil novecientos artilugios antimasturbatorios que parecen trampas para osos y que supuestamente fueron diseñados para prevenir los sueños húmedos —¡uf!—. Hay una biblioteca con ilustraciones médicas de todas las variedades de dolencias del pene, desde curvaturas a tumores o gangrena. En la tienda de regalos hay paquetes de tarjetas de regalo con chistes sobre penes («¡Los urólogos hacen un conducto deferente!»); calcetines, sorprendentemente elegantes, de falos con siluetas de penes pequeños; una colección muy perturbadora de tapones de botella y sacacorchos —te los puedes imaginar— o «Pilila saltarina», un juguete de cuerda que parece un pene con pies de plástico rojo.

Hay un producto, uno solo, que menciona a las mujeres: una camiseta de bebé en la que se ve a un niño que se golpea la entrepierna con la rama de un árbol y el mensaje: «NO PASA NADA, MI MAMÁ ES URÓLOGA».

La idea de que una mujer pueda necesitar un urólogo —no hablemos de serlo— ni se pasa por la cabeza, desde luego no por la de los proveedores de artículos de regalo con temática fálica, pero tampoco por la de otras personas. La urología es un campo dominado por hombres —alrededor del 90 por ciento de los urólogos lo son—, pero es tremendo hasta qué punto están ausentes las mujeres de la medicina urológica como concepto.[17] Para la historia, la literatura, los libros de texto, los dibujos y, sí, la tienda de regalos, los pacientes son hombres, hombres y más hombres. No es solo que la energía de supernabo que desprende la medicina urológica pueda repeler a las mujeres, es que no les deja espacio para imaginarse a sí mismas como pacientes. Si la urología trata de nabos y la ginecología de sexo y bebés, ¿dónde busca ayuda para su problema una mujer que sufra de incontinencia?

La muerte hubiera sido preferible, pero las pacientes de este tipo nunca mueren; tienen que seguir viviendo y sufrir.

JAMES MARION SIMS,
doctor en Medicina, 1894[18]

Estamos en 1819 y James Marion Sims intenta no llorar.

Doscientos años más tarde, Sims será conocido por ser una de las figuras más influyentes de la historia de la medicina de la mujer, aunque también una de las más controvertidas tras dejar un legado incómodo y complicado. Su efigie, una estatua de bronce de casi tres metros, permanecerá tres cuartos de siglo en la esquina nordeste de Central Park, frente a la Academia de Medicina de Nueva York, en la calle Ciento tres, hasta que en 2017 alguien escriba con espray la palabra «RACISTA» en el pedestal de granito y

el Ayuntamiento vote la retirada del monumento.[19] Se escribirán innumerables artículos para defenderlo o condenarlo, según el caso; no habrá consenso sobre cómo recordarlo.

De todos modos, en 1819, James Marion Sims no es un personaje controvertido.[20] No es médico. Ni siquiera es un hombre. Es un niño de seis años reclinado sobre la rodilla de su maestro, Quigley, un hombre con un único ojo y la cara acribillada de marcas de la viruela. El señor tuerto azota las piernas de Sims con una vara de pacana y el niño se esfuerza por contener los gritos. Lo conseguirá unos instantes, hasta que ya no puede más y, la verdad, tampoco es que sirva de mucho. El hombre de la vara va a seguir azotándolo por mucho ruido que haga o deje de hacer. Lo azotará hasta que el niño vomite o se haga pis encima del dolor. Entonces parará, pero solo porque le toca a otro niño, y solo hasta el día siguiente.

Al día siguiente, lo volverá a azotar.[21]

La violencia a la que el director del internado somete al Sims de seis años no es muy diferente de las indignidades a las que el Sims adulto someterá a las mujeres esclavizadas que acuden a él en busca de tratamiento y de las que se servirá para desarrollar las técnicas que definirán su legado. Es horrendo. Degradante. Y, lo más terrible de todo, es lo más normal en esa época.

Corre el año 1840 cuando Sims establece su práctica médica en Montgomery, Alabama, en un modesto edificio de dos plantas de ladrillo rojo. Los esclavos constituyen casi las dos terceras partes de la población de Montgomery en ese momento, así como el grueso de los pacientes que recibe, cosa que hace en un hospital provisional instalado en un rincón de su patio.[22] Como la mayoría de los médicos de la época, es médico de cabecera y cirujano. La ginecología no existe aún como especialidad y la medicina reproductiva de la mujer no le interesa especialmente. Es más, al parecer la encuentra repulsiva, y las mujeres que acuden a su consulta en busca de tratamientos de esta índole son despachadas

de inmediato: «Si hay una cosa que detestaba era investigar los órganos de la pelvis femenina», escribe en su autobiografía.[23]

Como muchos doctores antes que él, Sims también está convencido de que las fístulas vaginales son una enfermedad que no tiene tratamiento ni cura. Lamenta el suplicio que tienen que soportar las mujeres —desde luego, es un destino peor que la muerte—, pero aun así las despacha, pues está totalmente convencido de que no puede hacer nada.

Y así siguen las cosas durante años hasta que tiene una epifanía y todo cambia.

La paciente que provoca la transformación no tiene una fístula ni es una esclava, sino una mujer blanca de cuarenta y seis años a la que se le ha desplazado el útero tras caerse de un caballo. Pese a que la dolencia se localiza en el lugar menos favorito de Sims —los detestables órganos de la pelvis femenina—, no puede ignorar sin más el sufrimiento de la mujer y, a diferencia de los casos de mujeres aquejadas de fístulas, Sims sí cree saber cómo ayudar a esta paciente en particular. La coloca en postura cuadrupedia, apoyada en rodillas y antebrazos, y le cubre las partes pudendas con una sábana, luego se acerca por detrás al trasero expuesto e introduce dos dedos en la vagina. En esta posición se supone que será capaz de presionar con los dedos la pared del útero hasta devolver el órgano a su posición correcta. Pero entonces sucede algo extraño: no nota nada. En el lugar donde antes estaba la pared del útero de la mujer ahora no hay nada: «Como si hubiera metido dos dedos en un sombrero».[24] En ese mismo momento, la mujer grita aliviada: el dolor agonizante y la presión que había estado sintiendo desde la caída habían desaparecido.

Pero es al intentar ella darse la vuelta y salirle un sonoro estallido de aire de la vagina cuando Sims se da cuenta de lo que acaba de hacer y de lo que podría hacer por esas otras mujeres. Las que se suponía que eran incurables. Las de la carpa del patio trasero.

Eso fue en los días en que aún no había anestesia y la pobre aguantaba de rodillas la operación con gran heroísmo y valor.

JAMES MARION SIMS,
doctor en Medicina, 1894[25]

Lucy, Betsy y Anarcha. Conocemos los nombres de las esclavas operadas por Sims, pero no oímos sus voces. No ha sobrevivido ningún relato en primera persona de su experiencia, seguramente porque no ha sobrevivido nadie. En consecuencia, nunca sabremos qué sentían u opinaban estas mujeres ni qué trastornos padecían. En cuanto a las cirugías experimentales a las que Sims las sometió en su hospital, solamente tenemos la versión del doctor y está adornada de prejuicios de toda clase. Incluso su entusiasta relato sobre la valentía de Betsy plantea preguntas incómodas, ya que los médicos han trabajado durante mucho tiempo bajo la premisa equivocada de que los pacientes negros, en particular las mujeres, sufren menos cuando padecen trastornos que son atroces para los pacientes blancos. Este problema persiste en la actualidad en los entornos médicos, donde se sigue discriminando a los pacientes negros a la hora de cuantificar y medicar el dolor. Es muy probable que, en la época de Sims, la disposición de este a probar su cirugía experimental en mujeres esclavizadas —en repetidas ocasiones y sin anestesia, sin nada más que opio para ayudarlas a soportar el dolor de la convalecencia— naciera de la idea dominante de que estas mujeres apenas sentían dolor, al menos no tanto como las blancas.

Por estas y otras razones, el legado de Sims como pionero de la medicina es seguramente uno de los más incómodos y controvertidos de la historia. No obstante, es cierto que operó a Lucy, Betsy y Anarcha, como también es cierto que dio con un modo de curar las fístulas vesicovaginales que los médicos llevaban ignorando desde el año 2000 a. e. c. por considerarlas rematadamente incurables.

El problema de la fístula, la razón por la que el mal había confundido a tantos doctores durante tantos años, no era que no se pudiera curar, sino que no se podía observar debido a que estaba oculta en el oscuro interior del cuerpo de la mujer. No obstante, la paciente con el prolapso uterino le había dado una idea a Sims: «Si puedo poner a la paciente en esa posición y dilatar la vagina con la presión del aire [...] ¿por qué no puedo tratar la incurable fístula vesicovaginal, que ahora nos parece tan incomprensible, colocando a la joven en esa posición y viendo cuáles son exactamente las relaciones entre los tejidos circundantes?».

Aún tendría que pasar un tiempo hasta que Sims desarrollara las técnicas y los instrumentos —incluido el espéculo vaginal, cuya invención se le atribuye— que le permitirían corregir la fístula vía quirúrgica, y más tiempo aún hasta que estas operaciones fueran un éxito. Una de sus pacientes, Anarcha, soportó treinta cirugías hasta que Sims logró cerrar con éxito el absceso de su vagina. Puede que no haya mejor historia que la de Anarcha para ilustrar el tortuoso camino del progreso médico en lo concerniente a las preguntas sin formular y los tratamientos para trastornos incurables. Pese a los varios prejuicios de Sims que pueblan las descripciones de su trabajo, no hay duda de que Anarcha necesitaba ayuda médica desesperadamente. Era una joven de diecisiete años menuda —una «pobre criaturita», según las notas de Sims—[26] y un parto prolongado le había destrozado su joven y diminuto cuerpo: tenía una enorme fístula a través de la que «salía orina día y noche, que empapaba las sábanas y la ropa y le provocaba la inflamación del área externa cada vez que entraba en contacto con el cuerpo, similar a la viruela confluente, con dolor y quemazón constantes. El hedor que desprendía esta saturación inundaba todos los rincones de la habitación. La vida de la paciente, como es de suponer, era puro sufrimiento y repulsión», escribió Sims, quien también describió una segunda perforación entre la vagina y el recto por la que se escapaban continuamente malolientes gases intestinales.[27] Sumergida en la hediondez conjunta de orina y heces, atormentada

por las supurantes úlceras de las piernas y la vulva, y asediada por un constante flujo de orina que empapaba cuanto tocaba, Anarcha sufría y se angustiaba, atrapada en un cuerpo que la asqueaba a ella y a cuantos la rodeaban.

Si bien el trastorno de Anarcha fue para ella un infierno en vida, su desgracia resultó una bendición para el doctor, que la necesitaba de conejillo de Indias. De hecho, si ella no hubiera estado tan desesperada, puede que Sims no hubiera gozado de tanto reconocimiento: la única paciente capaz de soportar treinta cirugías experimentales, de quien se esperaba una resistencia tan descomunal, era una persona a la que ya habían despojado de todas las maneras posibles de su capacidad de ejercer su voluntad, de su dignidad y de su felicidad.

Después de todo, ¿valió la pena remendar a Anarcha? Sabemos que Sims pensaba que sí. Puede que su paciente no hubiera dicho lo mismo si le hubieran preguntado. Lo que sí sabemos con seguridad es que, en última instancia, Sims hizo lo que muchos otros doctores no pudieron ni quisieron intentar. Sabemos que escogió enfrentarse a lo que otros evitaron: una enfermedad que había causado miseria, vergüenza y estigma abyectos a las mujeres que la padecieron hasta que alguien dio por fin con una cura. Sabemos que cualquiera que fuese la opinión de Sims acerca del sufrimiento —o su ausencia— de sus pacientes esclavizadas, acabó operando las fístulas de mujeres blancas y siguió evitando la anestesia tras llegar a la conclusión de que el procedimiento «no dolía lo suficiente para justificar la molestia».[28] Esa es la naturaleza de muchos avances en medicina: en la intersección entre la experimentación y la explotación, la sanación y el perjuicio, y la desesperación y la innovación de repente aparece una solución.

A James Marion Sims, el desarrollo de la cirugía que permitió curar la fístula vesicovaginal lo convirtió en leyenda. A las mujeres a quienes curó, el procedimiento les debió de parecer casi un milagro. A los ginecólogos, una epifanía que cambiaría la especialidad para siempre.

Sin embargo, para el campo de la urología y para la gran mayoría de las mujeres con problemas urinarios causados por algo distinto a una fístula, aquello apenas tuvo importancia. Para estas mujeres, la vergüenza, el estigma y el sufrimiento continuarían. Para muchas de ellas, nunca cesarían.

A menudo, cuando la paciente tiene incontinencia entre otras afecciones, no se tiene en cuenta porque, al ser tan prevalente en mujeres, se considera normal.

JOSHUA DAVIES,
doctor en Medicina, 1938[29]

James Marion Sims es una figura controvertida. También es un caso atípico: la mayoría de los médicos a lo largo de casi toda la historia no han mostrado ningún interés por el sistema urinario femenino. No solo eso, sino que el descubrimiento de una cura para la fístula se llevó todo el protagonismo y le restó atención al resto de cosas, menos emocionantes, que podían fallar en el tracto urinario de una mujer. El problema más grande e intratable de todos tenía solución por fin; ahora ya se podía ayudar a todas aquellas mujeres desgraciadas de llagas supurantes, ropa empapada y vida solitaria tras ser abandonadas por unas familias que no soportaban su olor.

Y, aun así, todo lo que había hecho de la fístula un tema tan difícil de mencionar —el silencio, la vergüenza, la percepción compartida por doctores y pacientes de que no se podía hacer nada— siguió vigente para otros problemas urinarios, entre ellos algunos increíblemente comunes y, en muchos casos, prácticamente invisibles. Si una mujer padecía infecciones crónicas del tracto urinario o cistitis intersticial o si, simplemente, se hacía pis encima porque se le había debilitado el suelo pélvico a causa de la edad, los partos o ambas cosas, difícilmente lo mencionaba, y muy pocos doctores pensaban que fuera responsabilidad suya preguntar. A diferencia de la fístula, estos problemas no resultaban evidentes ni

estaba claro que tuvieran que ser atendidos por un ginecólogo. Y puesto que ninguna especialidad médica tuvo la iniciativa de hacerse cargo de los problemas urinarios de las mujeres, estos permanecieron todavía más ocultos e ignorados.

Este es el motivo por el que los médicos que se interesaron de forma activa por el sistema urinario femenino desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX formaban un grupo variopinto, pues contaban con antecedentes y motivaciones de lo más variadas. Es justo decir que hubo algunos que sabían que estaban tratando problemas que el *establishment* médico en general había ignorado de manera flagrante, y que empatizaron con las mujeres afectadas; aunque incluso ellos, los buenos de la película, formaban también un grupo de lo más dispar. T. Gaillard Thomas, por ejemplo, contemporáneo algo posterior a Sims y presidente de la American Gynecological Society, se quejaba en 1880 de la falta de atención prestada a la incontinencia femenina: «De las enfermedades que afectan a las mujeres, hay pocas que hayan recibido tan poca atención de los antiguos […]. Esta, tan molesta, tan destructora de la felicidad y tan necesitada de un alivio urgente, apenas ha sido mencionada».[30] Sin embargo, la supuesta obra maestra de Thomas, titulada *A Practical Treatise on the Diseases of Women* [Tratado práctico sobre las enfermedades de las mujeres], apenas puede considerarse un texto holístico. Al igual que la mayoría de los doctores de la época, y no solo la mayoría de los ginecólogos, Thomas pensaba que las enfermedades de las mujeres se originaban exclusivamente por debajo de la cintura y por encima de las rodillas. Y, como la mayoría de los hombres de su tiempo, tenía unas opiniones racistas extraordinariamente ofensivas sobre las mujeres negras, a quienes consideraba menos susceptibles de padecer incontinencia a la vez que menos castigadas por sus síntomas en caso de sufrirla. Thomas insistía en que las mujeres blancas no podían soportar el mismo dolor: «¡Cuán diferente sería para la mujer refinada de una esfera más elevada padecer un trastorno similar! ¡Cuánta desdicha le ocasionaría!».[31]

O Alexander Johnston Chalmers Skene, por poner otro ejemplo, también ginecólogo contemporáneo de Sims, cuya fama se debe al descubrimiento de dos glándulas gemelas en la uretra femenina que segregan una sustancia lubricante y antimicrobiana que ayuda a prevenir las infecciones del tracto urinario. (Skene les puso su nombre a las glándulas —es conocido sobre todo por ello, además de por su físico enorme y corpulento— y fue ensalzado como uno de los mayores contribuidores de la ciudad de Nueva York a los avances en la medicina de la mujer.) No obstante, al referirse a problemas de la vejiga como la cistitis intersticial o la incontinencia de esfuerzo, demostró ser un inequívoco hombre de su tiempo, con los extraños prejuicios y las fijaciones que esto implica. Skene estaba convencido, repitiendo un mantra que ya nos debería sonar a estas alturas, de que este tipo de problemas eran autoinducidos —mediante la masturbación o la desviación sexual— o de origen psicosomático, un producto de la histeria. En 1878, Skene señaló que los médicos no se ponían de acuerdo sobre la «retención de orina» que padecían las «pacientes histéricas»: algunos creían que la mujer histérica podía tener problemas para orinar debido a su constante excitación sexual, que provocaba que el clítoris, «erecto de manera crónica», comprimiera la uretra;[32] otros creían que las mujeres solo fingían no poder orinar porque las excitaba sexualmente que les pusieran un catéter. Skene, siempre diplomático, declaró un empate: «Estoy convencido de que se dan ambos casos».[33] (Con el fin de no tomarnos a Skene demasiado en serio, hay que decir que también creía poder diferenciar por el olor a una mujer que se masturba de otra que no. Según él, el aroma de la primera «no puede describirse, pero, una vez experimentado, es fácil de recordar».)[34]

La idea de que los problemas urinarios de las mujeres son de naturaleza psicosomática, sexual o ambas es un tema recurrente en la literatura médica. Como resultado, era habitual que se tardara mucho en desarrollar tratamientos. En 1903, el presidente de la American Gynecological Society, C. Dudley, se lamentaba de que su gremio siguiera ignorando la incontinencia: «Una enfermedad

extendida, aunque problemática, de la que la literatura, hasta donde he podido comprobar, no informa de manera satisfactoria».[35] Los doctores habían comenzado a experimentar con algunos tratamientos, incluidos los masajes, las electroterapias y la inyección de parafina en la región uretral —en esencia, un relleno que estrechaba la uretra con el objetivo de proporcionar a las mujeres mayor control—, si bien hubo que esperar hasta finales de la década de 1930 para que la prevalencia de los problemas urinarios y la angustia psicológica que los acompañaba fueran más ampliamente reconocidos.

E incluso entonces los médicos siguieron creyendo que todos estos problemas, que tanta desesperación causaban, eran consecuencia de la histeria y la neurosis de las mujeres; en definitiva, que todo estaba en su cabeza. En un singular informe publicado en 1953 en la *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, un doctor llamado L. R. Wharton describía haber recetado ejercicios para el suelo pélvico a mujeres cuya incontinencia se debía a «una neurosis del desequilibrio psíquico», es decir, un tratamiento físico pese a su convicción de que el trastorno era totalmente psicológico.[36] Sin embargo, el doctor volvió a atribuir a factores psicológicos el hecho de que muchas pacientes no mejoraran: eran «demasiado perezosas o dejadas» para hacer los ejercicios, se quejaba. «Prefieren estar empapadas que agotadas.»[37]

Y estos son los médicos a los que les importaba el tema.

Todo esto nos lleva hasta mediados del siglo XX. Ha pasado un siglo desde James Marion Sims y sus avances en la cirugía de la fístula, cien años en los que podrían haberse logrado muchos más avances y haberse formulado muchas más preguntas. Pero en aquel momento no se dudaba en absoluto del sufrimiento de las pacientes de Sims ni nadie se hacía la pregunta de si tenían un problema físico de verdad.

En cuanto a estas mujeres, las de los problemas de vejiga sin causa aparente ni solución quirúrgica clara, ¿qué podía hacerse con ellas? Nadie lo sabía, y la retahíla de acusaciones conocidas era cada

vez más larga: están histéricas, son neuróticas, masoquistas. Se lo están imaginando o bien se lo inventan. Fingen los síntomas porque buscan atención o simpatía o la emoción erótica de que les pongan un catéter. Seguro que es eso, ¿por qué no? Las mujeres podían hacer pipí si querían o podían aguantárselo si ponían en ello todo su empeño. Fuera lo que fuese, los médicos estaban de acuerdo en que era probable que las mujeres se provocaran a sí mismas estos problemas.

* * *

Estamos en 1958.[38] La paciente con cistitis crónica chasquea la dentadura postiza y se revuelve en su asiento sin apartar la vista de los médicos, que le devuelven la mirada. Tiene veintinueve años, va ataviada con sus mejores galas y está nerviosa: ha vaciado la bolsa de urostomía casi una docena de veces hoy, pero teme que esté otra vez llena y la abruma el doloroso deseo de orinar. Lo siente todo el rato, pese a que hace tiempo que le han extirpado la vejiga, pese a que no se ha sentado en un váter a orinar desde hace tres años.

Es imposible no ver cómo la juzgan esos hombres que han venido a examinarla. En las notas que toman durante el encuentro la describen calificándola de obesa y maloliente, aunque acicalada con esmero y de rasgos agradables. Quizá si estuviera más delgada pensarían que es guapa. Solía ser esbelta, cuando estaba en el instituto, cuando aún tenía esperanzas y sueños que le daban un motivo para preocuparse por su apariencia. Un marido, un hogar, una familia. Pero a los veintinueve años, con una bolsa llena de orina en la cadera y un cuerpo marcado por varias operaciones, sin vejiga ni la mitad de los dientes —se los quitó un médico que le dijo que le estaban dañando los riñones—, a Agnes ya no le importa nada lo que la gente piense de ella. Únicamente quiere que la dejen en paz, también estos tipos, que la miran como si fuera un animal exótico en un zoo. Ni siquiera estaría aquí de no ser porque su médico favorito,

el doctor Leon, le ha pedido que conteste las preguntas de estos señores. Pero el doctor Leon no está aquí.

Son dos; el urólogo se llama Bowers, el psiquiatra es Schwarz. Es este último quien lleva la voz cantante, quien hace las preguntas mientras la observa desde debajo de unas gruesas cejas. Tiene un bigote extravagante y una abundante mata de pelo que ya escasearán y habrán encanecido cuando fallezca, en 2010. Hoy, en cambio, es un hombre joven de mirada oscura e intensa. Observa a Agnes como si fuera un misterio que tiene la intención de resolver.

Le pregunta si odiaba a sus padres.

Cuando contesta que no, Agnes se da cuenta de que no la cree.

Parece una hipótesis razonable que, en el caso de esta paciente, la vejiga sea un medio adecuado por donde descargar los odios inconscientes y que, junto con la infección sufrida durante la pubertad, un círculo vicioso de odio, represión, enuresis, infección superpuesta, inflamación y traumas iatrogénicos podría haber bastado para desarrollar una cistitis intersticial crónica.

BERTHOLD E. SCHWARZ,
doctor en Medicina, 1958[39]

Pese a que la realidad objetiva de los supuestos relatos de avistamiento de ovnis no puede ser corroborada ni negada, los datos son muy similares a las numerosas experiencias publicadas y parecen auténticos.

BERTHOLD E. SCHWARZ,
doctor en Medicina, 1988[40]

Cuando un área de la medicina no se debate ni examina lo suficiente, como le ha sucedido a la urología femenina, el vacío de conocimiento resultante atrae todo tipo de teorías curiosas y personas peculiares que las defienden; doctores menos preocupados

por curar a sus pacientes que por utilizarlas para corroborar sus hipótesis favoritas sobre, por ejemplo, la manifestación física del masoquismo en la mujer en forma de afecciones urinarias. Berthold Schwarz, el psiquiatra que en 1958 trató a Agnes, la paciente con cistitis crónica, fue una de estas personas. Él estaba convencido, igual que el coautor de su estudio clínico, Bowers, de que la enfermedad de Agnes era en gran medida psicosomática, de que su vejiga no solo descargaba orina, sino «odios inconscientes» derivados de una infancia marcada por el abuso.

Es totalmente cierto que la infancia de Agnes fue una pesadilla: perdió a su madre cuando no había cumplido ni dos años y padeció incontinencia nocturna crónica, lo cual fue motivo de brutales burlas y castigos por parte de su familia. Su padre, un alcohólico ausente que se involucró poco en su crianza, bromeaba diciendo que la incontinencia nocturna de Agnes sacaría «a su marido flotando de la habitación». La tía que la crio, una mujer cruel y obsesionada con la limpieza, castigaba a la niña por sus accidentes nocturnos forzándola a comer cartón. Schwarz tenía la hipótesis de que la falta de control de la vejiga que padecía Agnes había empezado siendo una expresión subconsciente del odio de la niña hacia su tía —o quizá una forma de llamar su atención—, que había pasado a manifestarse en su juventud en forma de una cistitis que la atormentaría toda la vida. El hecho de que Agnes siguiera experimentando los síntomas tras habérsele extirpado quirúrgicamente la vejiga era una prueba más, en opinión de estos hombres, de la naturaleza psicológica de su enfermedad.

En realidad, lo más seguro es que la cistitis de Agnes estuviera relacionada con la dismenorrea —una regla intensa y dolorosa— que llevaba padeciendo desde su primera menstruación, a la edad de trece años. Es también probable que Agnes tuviera endometriosis, muy relacionada con la cistitis intersticial —con la que se confunde a veces—, puesto que la endometriosis puede causar un crecimiento celular en la pared interior o exterior de la vejiga y provocar dolores, inflamación y problemas urinarios.[41] No obstante, los doctores que

examinaron a Agnes no dieron importancia a sus dolorosas reglas, tan debilitantes que la obligaban a permanecer en cama varios días al mes, ya que las consideraban de naturaleza «psicosexual» y no médica, y en absoluto relacionadas con sus problemas de vejiga. Cuando los médicos mencionan el tema, lo meten en el saco de las demás relaciones familiares desquiciadas y de su «incapacidad de siempre a la hora de establecer amistades con miembros de ambos sexos», todo ello, prueba de su atrofia sexual, social y emocional.[42] Llegan a la conclusión de que el verdadero problema de Agnes es su masoquismo, la fuente de la que todo brotaba (o no brotaba, según el caso).

Al parecer, a estos hombres ni se les pasó por la cabeza que Agnes pudiera tener una vida de lo más trágica y, además, un problema médico que requiriera tratamiento. Más bien al contrario, Schwarz y Bowers —dos licenciados en universidades de élite— utilizaron el caso de Agnes como prueba de que la cistitis intersticial en las mujeres era de naturaleza principalmente psicosomática. Al final, Agnes no era una paciente, sino una rareza. La toquetearon, la acribillaron a preguntas y la observaron boquiabiertos hasta que dieron con una historia que aseguraban que era cierta, pese a que ella insistiera en que no. («Ella se disocia de cualquier recuerdo consciente de hostilidad hacia miembros significativos de su familia o sus médicos», escribieron.)[43]

Y se marcharon sin haber ayudado a Agnes, pero después de utilizarla para confirmar lo que querían creer de antemano.

Poco después de la publicación de «Masochism and Interstitial Cystitis: Report of a Case» [«Masoquismo y cistitis intersticial: informe clínico»], Berthold E. Schwarz dejaría el análisis médico para centrarse en su verdadera pasión: los ovnis. Su publicación más famosa no es el estudio sobre Agnes, que fue publicado en una revista médica relativamente desconocida, sino un estudio en tres tomos sobre experiencias relacionadas con ovnis titulado *UFO Dynamics: Psychiatric and Psychic Aspects of the UFO Syndrome* [Dinámicas ovnis: Aspectos psiquiátricos y psíquicos del síndrome

ovni].[44] En él, Schwarz entrevistaba a numerosas personas sobre sus encuentros con alienígenas, incluyendo avistamientos de ovnis, abducciones, autopsias de alienígenas y encuentros con los célebres «hombres de negro». Quizá lo más curioso sea que no parece que Schwarz aborde sus investigaciones de lo paranormal con el mismo escepticismo que le despertaba la paciente de cistitis con la vejiga llena de odio.

«Estos relatos no son invenciones conscientes ni inconscientes. Lo que estas personas dicen haber visto es lo que creen haber visto», escribió en 1968.[45]

Hace que un médico reflexivo se pregunte sobre la posibilidad de que esta mujer sea ligeramente masoquista; es decir, que haya una necesidad destructiva en la mujer de sufrir y «tener problemas» del aparato genitourinario [...] el trastorno merece que el médico pregunte en voz alta, mientras alivia los síntomas: «¿Por qué crees que tienes que sentir dolor y molestias en la vejiga?».

OLIVER SPURGEON ENGLISH,
doctor en Medicina, 1970[46]

Las lesiones de Hunner, llamadas a veces «úlceras de Hunner», son un síntoma real y observable de la cistitis intersticial.[47] Se pueden ver en la pared interna de la vejiga y se asemejan a un mapa de carretera de capilares inflamados o, en ocasiones, a una mordedura de araña, un punto blanco rodeado de iracundos afluentes rojos que sangran al tocarlos con un endoscopio. Guy LeRoy Hunner, el ginecólogo que dio nombre a las lesiones, advirtió de su naturaleza «elusiva» y difícil de localizar cuando las identificó por primera vez, en 1916: «El área de la úlcera podría pasar fácilmente desapercibida y que la atención se detenga por primera vez en un área de tejido cicatricial muerto y blanquecino [...]. En ninguno de los casos una única área de úlcera ha sobrepasado el

medio centímetro de diámetro, pese a que es posible ver agrupadas dos o tres de estas úlceras, formando un área inflamada mayor».[48]

El hecho de que las lesiones de Hunner sean difíciles de ver y relativamente poco frecuentes —solamente cinco de cada diez pacientes con cistitis las tienen— podría explicar por qué el *establishment* médico no se las tomó más en serio cuando su descubridor aún vivía. En 1929, Hunner señaló decepcionado que los médicos seguían teniendo la costumbre de despachar a las pacientes con problemas de vejiga aduciendo que sus problemas eran mentales: «Por desgracia para las pacientes», escribió, las diagnosticaban mal, calificándolas de «neuróticas o neurasténicas con la mente concentrada en la vejiga».[49]

Sin embargo, fue la teoría de que las mujeres con cistitis intersticial eran masoquistas que aún no han salido del armario —aquella teoría preferida de Berthold E. Schwarz— la que, además de acabar poniéndose de moda, aprendían los estudiantes de Medicina, como si aquella fuera una causa de cistitis como mínimo igual de válida que los factores fisiológicos. En 1970, diez años después de la muerte de Hunner, el libro de texto más importante sobre urología no solo lamentaba que las lesiones se mencionaban excesivamente en la literatura sobre el tema, sino que además sugería que eran una distracción inútil a la hora de diagnosticar a las pacientes.

«Una entidad médica tan confusa, mal comprendida, desconcertante etiológicamente y que ocupa tanto espacio en los [libros de texto] sobre urología debería merecer unas palabras del psiquiatra», escribió el psiquiatra Oliver Spurgeon English en el tercer tomo de *The Urology Textbook* [Manual de urología].[50] Y añadía: «Que la lesión sea tan esquiva a la hora de dejarse ver y que responda de forma tan vaga ante cualquier medicación específica, que se dé predominantemente en mujeres, muy a menudo en concurrencia con la menstruación, hace que uno se pregunte por qué habría de necesitar o contraer un individuo una infección de vejiga de este tipo; una infección que apenas se puede considerar infección, una lesión que a duras penas lo es, pero que

produce molestias en la vejiga. Hace que un médico reflexivo se pregunte sobre la posibilidad de que esta mujer sea ligeramente masoquista; es decir, que haya una necesidad destructiva en la mujer de sufrir y "tener problemas" del aparato genitourinario».

English fue uno de los psiquiatras más elogiados del siglo XX, y con razón: fue uno de los primeros médicos en reconocer que existía un vínculo entre la salud mental y la física, fue un defensor de la terapia individual y familiar y estaba a favor de que los padres se involucraran más en su papel de progenitores en una época en la que muchos hombres se oponían a esa idea.[51] En cambio, en lo que respecta a la urología femenina, sus ideas eran lo opuesto a progresistas.

En su sección de *The Urology Textbook*, centrada en las cuestiones psiquiátricas del campo, English reitera la idea de que las mujeres desarrollan cistitis por sus impulsos masoquistas o por un deseo de autocastigarse por «aventurarse en el sexo, ya sea con juegos sexuales o con la masturbación».[52] Asimismo, sugería que la cistitis no solo era psicosomática, sino una forma de contagio social, de manera que incluso un caso de «cistitis auténtica» va probablemente acompañado de varios casos de mujeres que pretenden llamar la atención afirmando que padecen la misma enfermedad. En cuanto a la existencia de las lesiones de Hunner, English se remontó hasta la antigua y desacreditada idea de la medicina de los cuatro humores, que promulgaba que las mujeres tienen pérdidas por constitución: «Del mismo modo que hay mujeres que tienden a sufrir "pérdidas" por alguna parte del cuerpo a causa de resfriados, infecciones en los senos nasales, vaginitis, sangrados o secreciones uterinas o colitis, también tienden a padecer molestias genitourinarias y otras enfermedades. La úlcera de Hunner parece confirmar la sospecha de que pertenece a esa categoría».[53]

Puede que lo más asombroso de todo sea que English pensaba que los problemas urológicos de las mujeres eran autoinducidos y provocados por sus neurosis, y además creía que ellas eran las responsables de provocárselos a otras personas, sobre todo a sus

hijos. Si una criatura tenía problemas para aprender a ir al baño, según él se debía a que «no ha formado un vínculo emocional con su madre lo bastante fuerte como para permitirle ejercer el control necesario. Si ama lo suficiente a la madre, lo cual significa que la madre debe de haberlo amado a él lo suficiente, lo normal es que el niño pueda asumir esta responsabilidad».[54]

Este texto, que cualquier aspirante a urólogo de la época estaba obligado a leer, presenta una imagen nítida de cómo veía —o dejaba de ver, más bien— el *establishment* médico los asuntos urológicos femeninos. Las mujeres siguen siendo un pensamiento secundario; el paciente típico, tanto en la literatura como en la consciencia médica, era varón. Cuando una mujer se presentaba con problemas urológicos, los médicos la trataban con suspicacia porque la consideraban una masoquista en busca de atención o porque pensaban que estaba canalizando sus problemas emocionales a través de la vejiga. Imagina lo que debe de ser reunir el coraje para decirle a tu médico que sufres una constante y dolorosa necesidad de orinar y que te pregunte por qué crees que tienes ese problema, insinuando que no estás realmente enferma, sino que te sientes culpable porque te masturbas demasiado.

Incluso la historia más reciente de la urología demuestra que las mujeres siguen siendo invisibles como pacientes. Los médicos siguen sin hacer preguntas. Las mujeres siguen sin hablar. Y todo sigue girando alrededor del nabo hasta niveles escandalosos.

¿Tu hombre pasa demasiado tiempo en el baño? Un flujo urinario débil puede ser una señal de alerta temprana del cáncer de próstata. HAGA QUE SE LO MIREN.

Anuncio colocado en el interior de la puerta
de un aseo de mujeres, MCU Park, 2022

La semana antes de hablar con la doctora Angelish Kumar llevé a mis hijos a ver a los Cyclones de Brooklyn, un equipo de béisbol de

las Ligas Menores, al MCU Park, en Coney Island.[55] Cuando fui al lavabo de mujeres, durante el estiramiento de la séptima entrada, reparé en un anuncio que había sobre mi cabeza, enfrente del retrete en el que estaba sentada. Como estrategia de marketing, era impecable: los aseos son un lugar especialmente adecuado donde colocar anuncios médicos, una oportunidad de llegar a una audiencia cautiva en un momento íntimo. Sin embargo, este anuncio en particular me indignó: incluso cuando las mujeres están haciendo pipí, literalmente, se las adoctrina para que consideren los problemas urinarios responsabilidad suya en lugar de un problema del hombre.

No es de extrañar que no hablemos de ello.

Y este anuncio no es un incidente aislado, forma parte de una larga tradición que ha marginado la urología femenina en la medicina y en la sociedad. Los ejemplos van desde lo más extremo —el total ostracismo que sufrían las mujeres con fístulas— a lo más mundano, ya que las mujeres siempre han tenido que pagar más para orinar, en sentido literal y figurado. Mientras que los hombres indefectiblemente han gozado de la posibilidad de usar los lavabos públicos sin pagar, por no mencionar la posibilidad de agacharse rápidamente detrás de un árbol o un contenedor para hacer sus necesidades, los aseos de las mujeres llevaban unos cerrojos que solamente se abrían introduciendo una moneda. En Estados Unidos, la campaña por un acceso igualitario a los aseos públicos fue uno de los primeros ejemplos de la lucha de las mujeres contra el «impuesto rosa»: un coste adicional que se aplica a todo tipo de productos fabricados específicamente para la mujer, desde tampones hasta cuchillas de afeitar. En 1969, la congresista March Fong Eu destrozó un retrete de porcelana con un mazo delante del capitolio del estado de California en señal de protesta.[56] A lo largo de la historia, la falta de un lugar seguro y gratuito donde orinar ha servido a menudo para mantener a las mujeres cerca de casa y apartadas de la esfera pública. En algunos países, en particular en India, esto sigue siendo un problema importante.[57]

No es difícil ver cómo la invisibilidad social de los problemas urinarios de las mujeres genera un cono de silencio a su alrededor incluso en la actualidad y en la consulta del médico. Dada la prevalencia de este tipo de problemas, el asunto es serio: el 25 por ciento de las mujeres sufren incontinencia; solamente una pequeña fracción de estas pacientes se lo comunica a su médico, y a menudo esperan años antes de decirlo.[58] El problema es aún más prevalente entre las pacientes ancianas, a las que es más probable que les digan que no hay nada que hacer, que la incontinencia es el resultado inevitable de parir o envejecer. Millones de mujeres padecen cistitis intersticial, que sigue siendo una dolencia tan ignorada que el paciente medio tarda entre cuatro y siete años en ser diagnosticado. Debido a que hay una continua inequidad entre géneros en el campo de la urología —y a la persistente idea de que es una especialidad que tiene como objeto el pene—, las mujeres que buscan ayuda para sus problemas urológicos normalmente cambian de idea cuando se dan cuenta de que tienen que hablar de algo que les resulta doloroso, personal y vergonzoso con un hombre desconocido.[59]

* * *

Su nombre es Sarah. Tiene cuarenta y cinco años, tres hijos y un empleo de camarera en una cadena de restaurantes de lujo. Desde que tuvo a su tercera criatura ha sufrido de incontinencia de esfuerzo, que se da cuando una actividad física, como toser o reír, ejerce presión sobre la vejiga y provoca pérdidas. En el trabajo tiene que levantar peso, lo que le causa las pérdidas.

Durante meses ha vivido atemorizada por si alguien de su trabajo se da cuenta de lo que le sucede, por si alguien repara en la mancha húmeda que se le forma en la zona donde ha empapado la compresa o en el olor a orina que parece seguirla a todas partes. Ojalá pudiera buscarse otro empleo, pero no puede, de manera que está en la consulta, sentada en una camilla, tratando de mostrarle a

su doctora lo que le pasa. Si no lo ve, no podrá ayudarla; Sarah lo sabe y por eso lo intenta.

«No podré tratarte si no veo el problema», le explica su doctora. Lo dice con tono amable, pero Sarah niega con la cabeza.

«No puedo, me da mucha vergüenza», dice.

La doctora contesta que no pasa nada, que solo necesita verlo. Le dice que es muy común; a fin de cuentas, está en la consulta de la uróloga. Sarah lo sabe. Sabe que si hay un lugar en el mundo donde no pasa nada por hacerse pipí encima es precisamente este, y sabe también que tiene que mostrarle al médico cómo la traiciona su cuerpo, cómo la orina le baja por la pierna cada vez que se agacha, tose o estornuda. Todo eso lo sabe.

La doctora le repite que no pasa nada.

Sarah se echa a llorar.

* * *

«No me puedo ni imaginar cómo se sienten cuando están en la consulta y, tras apenas unos minutos de conversación con el urólogo, cuando aún no se ha establecido una buena comunicación entre ellos, se supone que tienen que dejar que les explore la vagina y orinar delante de esa persona. Yo creo que el simple hecho de pasar por todo eso en la consulta del médico es un obstáculo lo bastante grande como para que las mujeres eviten tratar el problema», explica Angelish Kumar.[60]

Sarah, la camarera que se echó a llorar por la humillación que le causaba tener que mostrar a unos desconocidos su problema de incontinencia, es una de las pacientes de la doctora Kumar, a su vez uno de los especialistas, cada vez más numerosos, que tratan de solucionar todo aquello que está mal desde hace tiempo en el abordaje de la urología femenina por parte del sistema médico, empezando por la escasez de mujeres especialistas. Pese a que la urología no está ni remotamente cerca de alcanzar la paridad, ha mejorado respecto al pasado: el porcentaje de mujeres urólogas ha

crecido ininterrumpidamente, pasando del 7,7 por ciento de 2014 al 10,3 por ciento de 2020.[61] Contar con más mujeres en el campo parece beneficiar a todos los pacientes, sean hombres o mujeres: de media, las mujeres urólogas le dedican a cada paciente tres minutos más que sus colegas varones.

Al principio, Kumar atendía a pacientes de ambos sexos, pero acabó centrando su práctica en la mujer tras darse cuenta de que había una necesidad que no estaba siendo atendida, no solo por la escasez de urólogas, sino por el modo en que la especialidad les da a entender a las mujeres que no es para ellas. «Les cuesta mucho encontrar una mujer uróloga a la que acudir con este tipo de problemas, que suelen ser molestos y embarazosos. He diseñado mi página web para que ellas la vean y piensen que este es un buen sitio donde acudir a pedir ayuda; lo contrario a esas páginas de urología de otras consultas donde lo primero que te sale es: "Hacemos vasectomías sin bisturí"», dice.[62]

El legado de silencio, vergüenza y estigma que rodea la urología femenina es una fuente perpetua de frustración para doctores como Kumar, que cada día ven cómo el sistema médico contemporáneo se ha establecido de tal manera que no presta servicio a sus pacientes. Los algoritmos de tratamiento para las infecciones del tracto urinario, una dolencia que padecen más de la mitad de las mujeres en algún momento de sus vidas, llevan años anticuados y poco investigados. Acuden pacientes con cistitis crónica causada por infecciones recurrentes sin diagnosticar que podrían haberse solucionado años antes, pero sus médicos no las detectaron porque no se les ocurrió preguntar por sus síntomas urinarios. La salud materna, que incluye las terapias de suelo pélvico para ayudar a prevenir la incontinencia —un régimen de tratamientos que es de rigor para todas las madres primerizas en países como Francia—, no recibe la atención adecuada. El hecho de que no se hable en absoluto sobre temas como la incontinencia posparto hace creer a las mujeres que no hay nada que hacer. «Se espera de las mujeres que convivan sin más con estos problemas. Que se pongan una

compresa o que no se suban a una cama elástica y ya está», se lamenta Kumar.

Es la pescadilla que se muerde la cola: las mujeres no se molestan en ir a buscar ayuda al urólogo porque creen que no hay tratamiento para su problema, un error del que nadie las va a sacar a menos que pidan ayuda al urólogo. Que con frecuencia el sistema médico las trate como si no existieran no hace más que empeorar la situación: la codificación de diagnósticos, que sirve de estándar para los doctores de toda la profesión, todavía no incluye entre sus entradas enfermedades muy comunes como el síndrome genitourinario de la menopausia o los dolores y las disfunciones que afectan de forma específica a la pelvis femenina. Pese a todo lo que se ha avanzado desde los días en que los médicos ignoraban a las pacientes de fístula por considerar que no tenían cura y que estaban condenadas a una vida miserable, la urología contemporánea sigue invisibilizando a las mujeres de muchas formas.

Soy madre de cuatro hijos maravillosos, así que yo, como millones de mujeres, sufro pérdidas de vez en cuando.

BROOKE BURKE,
portavoz de Poise, 2016[63]

La forma tan flagrante en que pasa inadvertida la urología femenina dentro del sistema médico es parte del problema, y una parte importante. El estigma que rodea estos temas —el de la pérdida de control, el del olor a orina, el de tener que planificar tu vida y limitar tus actividades ante la posibilidad de hacerte pipí encima— es otra parte. Pero la propia complacencia y complicidad de las mujeres con respecto a permanecer invisibles y a no recibir tratamiento es también un problema que no se arregla ni con todas las reformas institucionales del mundo. En la actualidad, sigue habiendo muchísimas mujeres que, por desgracia, no saben que sus dolencias urológicas tienen tratamientos eficaces, muchísimas

mujeres que todavía creen que el urólogo solamente es el médico del pene. Pero a medida que dejamos atrás la idea de que estos problemas son demasiado vergonzosos para hablar de ellos, las mujeres deben evitar caer en la trampa contraria y creer que son problemas normales, que algo como la incontinencia de esfuerzo no es más que la cruz con la que una mujer tiene que cargar por haber elegido tener hijos, por haber tenido la osadía de envejecer, porque, simple y llanamente, no se puede hacer nada.

Esta poderosa mezcla de vergüenza y complacencia es muy común, se da incluso entre algunas de las mujeres más empoderadas, independientes y privilegiadas del mundo. Durante el período de investigación para este libro, unos amigos me invitaron a la casa de los Hamptons donde iban a celebrar el décimo cumpleaños de su hijo con una fiesta en la piscina. En medio de todo el caos de niños riendo, chapoteando en el agua y engullendo tarta, las madres acabaron charlando en un grupito aparte. En ese momento parecíamos una caricatura de mujeres que lo tienen todo, un puñado de abogadas, doctoras, jefas de las finanzas y acaudaladas amas de casa, todas recostadas en el patio de una mansión de multimillonarios junto al mar, con una botella de vino rosado enfriándose en una hielera a nuestros pies y ni un pelo rebelde en nuestras tonificadas y bronceadas piernas. Si le preguntas a cualquiera de estas mujeres, te dirá que se toma su salud muy en serio: evitan los alimentos procesados, el azúcar y el sol. Practican bastante ejercicio y se hacen regularmente una mamografía. Son clientas habituales del *spa* médico, del acupuntor y del masajista. Una de ellas, consultora financiera con unos ingresos netos de decenas de millones de dólares, luce un pendiente de auriculoterapia de diamante para estimular el sistema inmunitario. Y, pese a todo, cuando mencioné que la semana anterior había estado investigando la incontinencia femenina en la década de 1850 y cómo la vergüenza y el estigma que rodean los problemas urológicos han convencido a muchas mujeres de que es normal hacerse pipí encima

cada vez que estornudas, corres o te ríes a carcajadas, se quedaron boquiabiertas y hubo un intercambio de miradas de culpabilidad.

Por fin, una de ellas habló.

«Un momento, ¿acaso no es normal?», preguntó lanzando una mirada furtiva.

En ese momento, era difícil no acordarse de Oliver Spurgeon English, quien pensaba que las mujeres desarrollaban enfermedades urológicas por su culpabilidad ante el sexo. Su teoría era del todo desacertada, por supuesto, producto de unas ideas ofensivas y paternalistas que no tienen cabida en la medicina contemporánea. Sin embargo, pese a que se equivocó en todas las respuestas, English sí que había conseguido hacer la pregunta correcta, la que todas las mujeres que sufren en silencio incontinencia, infecciones o cistitis deberían hacerse ahora: ¿por qué crees que tienes que vivir de esta manera?

Y la respuesta es que no tienes por qué. Ni tú ni ninguna de nosotras.

8

DEFENSA

SISTEMA INMUNITARIO

Autosabotaje

No culpes a las estrellas, es evidente que no ha caído
del destemplado cielo ni se yergue desde el infierno.
Tampoco es necesario viajar hasta las lejanas Indias,
pues los primeros condenados están más cerca de casa.
¿Cuál puede ser el origen de tan nauseabundo tormento infeccioso
sino la perniciosa fuente de todos nuestros males?
El sexo persuasivo y embaucador, que nos arrastra
a todos los castigos y a todos los pecados.

GIROLAMO FRACASTORO,1530[1]

En 1847, un médico húngaro llamado Ignaz Semmelweis se esforzaba por resolver un problema exasperante y trágico. Una enorme cantidad de mujeres ingresadas en la Maternidad del hospital donde trabajaba estaban muriendo de fiebre puerperal, un tipo de sepsis que ocurre tras el parto.[2] Semmelweis intentó varias veces sin éxito determinar las causas de la fiebre, que al parecer solo afectaba a las mujeres tratadas por doctores varones y no a las que daban a luz asistidas por parteras o incluso en la calle. Semmelweis se preguntaba si tendría algo que ver la postura del parto (no era así). O quizá desencadenara la fiebre la presencia del

cura que entraba en la Maternidad cada vez que fallecía una mujer, seguido por un acólito tocando una campanilla (esta posibilidad también fue descartada, aunque el resto de las pacientes del pabellón agradecieron sin duda el cese de tan disruptiva y macabra ceremonia). Sin embargo, cuando un colega suyo murió de fiebre puerperal, un compañero que no había puesto un pie en la Maternidad, sino que trabajaba en el laboratorio de autopsias, Semmelweis tuvo una revelación trascendental: los doctores pasaban de diseccionar cadáveres en un área del hospital a asistir partos en otra… sin lavarse las manos.

Cincuenta años antes de la introducción de la teoría microbiana en la comunidad científica, Semmelweis había dado con el que sigue siendo un principio clave en la sanidad pública contemporánea casi doscientos años después: la importancia de la higiene de manos a la hora de frenar la propagación de enfermedades. No obstante, su campaña para persuadir a sus colegas de que se lavaran las manos con una solución de cloro antes de asistir un parto fue, pese a su eficacia, breve y recibida con poco entusiasmo, en gran medida porque en realidad nadie comprendía aún cómo funcionaba el sistema inmunitario.

El sistema inmunitario es, principalmente, la defensa que tiene nuestro cuerpo ante las infecciones, y pasa a la acción cuando se encuentra con microorganismos causantes de enfermedades que no deberían estar ahí. Todo lo que hace que ponerse enfermo sea un calvario —el dolor y la inflamación de una herida infectada o la nariz mocosa y la tos ronca de un virus respiratorio— es también una prueba de que el sistema inmunitario funciona y de que trata de expulsar al invasor extranjero. Ahora bien, la inmunología contemporánea comprende que este sistema existe en un equilibrio delicado que una respuesta inmunológica excesiva puede poner en peligro. Un sistema inmunológico deficiente es malo, pero también lo es uno disfuncional en el que las defensas se vuelven hiperactivas y atacan a los propios tejidos corporales como si fueran organismos extraños. Este segundo supuesto es el causante de una serie de

enfermedades autoinmunes —del cuerpo que se ataca a sí mismo—, incluidas la esclerosis múltiple, la tiroiditis de Hashimoto, la artritis reumatoide, la diabetes mellitus tipo 1 o el lupus eritematoso sistémico.

A grandes rasgos, y comparado con otros sistemas, el inmunológico ha sido el más incomprendido durante más tiempo. Antes de la invención del microscopio, que nos permitió observar el mundo imperceptible de microorganismos que nos rodean en todo momento —y antes de la aparición de la teoría microbiana que explicó cómo interactúan dichos organismos con el cuerpo humano —, los doctores tenían dos teorías dominantes sobre qué provocaba que las personas enfermaran. La primera, que ya ha aparecido en los capítulos dedicados a los sistemas circulatorio y urinario, es la clásica del «desequilibrio de los humores», según la cual las enfermedades infecciosas se trataban como tantos otros trastornos, con sangrías. La segunda era la teoría del miasma, que predicaba la idea de que enfermedades como el cólera o la plaga estaban causadas por el «aire contaminado», que flotaba como una nube diabólica por el ambiente aniquilando a cuantas personas encontraba a su paso.[3] Hace más de dos mil años, el arquitecto romano Vitruvio advirtió acerca de los peligros de construir una comunidad demasiado cerca de una ciénaga, pues temía que las emanaciones fétidas de la vida salvaje local pudieran infectar a todo el mundo: «Porque cuando el aire matutino sopla en dirección a la ciudad al amanecer, si su brisa va acompañada de la neblina de la ciénaga y, mezclada con ella, el aliento ponzoñoso de las criaturas de la ciénaga penetra en los cuerpos de sus habitantes, el lugar acabará siendo insalubre», escribió.[4]

Como suele suceder con las teorías médicas primitivas, la idea del miasma se equivocaba en lo fundamental, pese a contener un germen o dos, por así decirlo, de verdad. La sabiduría popular rezaba que el aire contaminado, causante de enfermedades, se originaba en la materia orgánica putrefacta y podía identificarse por su fetidez, lo cual, si bien era técnicamente impreciso, acertaba al

conjeturar que había una conexión entre la descomposición y la enfermedad. (Ignaz Semmelweis llegó a una conclusión similar siglos más tarde, cuando defendía los protocolos de lavado de manos: su idea de utilizar una solución clórica no surgió de la comprensión de que acabaría con los gérmenes, sino de que era el modo más eficaz de eliminar de las manos de los médicos el olor y las partículas en suspensión de los cadáveres.)[5]

Por otro lado, incluso después de que los científicos desarrollaran los instrumentos para estudiar la microbiología, entre ellos el microscopio que les permitiría observar microorganismos demasiado pequeños para hacerlo a simple vista, tendrían que pasar siglos hasta que lograran establecer la conexión entre las bacterias y las infecciones. A finales del siglo XVII, el científico neerlandés Antonie van Leeuwenhoek describió maravillado los «animálculos» que había observado a través del microscopio: «De entre todas las maravillas que he descubierto en la naturaleza, estas son las más extraordinarias», escribió.[6] No fue hasta finales del siglo XIX cuando los pioneros de la teoría microbiana, incluidos Louis Pasteur y Robert Koch, se dieron cuenta de que aquel maravilloso mundo en miniatura bajo el microscopio tenía también sus implicaciones para la salud humana.[7]

Pero si los médicos lograron acertar en parte, a pesar de su ignorancia, en lo que respecta a la propagación de enfermedades, en lo tocante a quién tenía la culpa de dicha transmisión —según ellos, las mujeres— se equivocaron de plano. Gran parte de las primeras recomendaciones para evitar enfermedades va dirigida a los hombres y se descompone en un binario de género que lo concibe a él como sufridor y a la mujer como agente contaminante. ¿La fuente de dicha contaminación? La vagina, por supuesto.[8]

Teniendo en cuenta las creencias de los doctores de la escuela de medicina de los humores —que las mujeres eran especialmente proclives a tener líquido en exceso y, por su misma constitución, a sufrir pérdidas de fluidos, y, por otro lado, que la sangre menstrual era tan tóxica que podía envenenar el cuerpo de una mujer desde

dentro—, no resulta del todo sorprendente que esos mismos doctores no se fiaran en absoluto de las vaginas. En concreto, les aterrorizaba lo que podría pasarte si metías el pene en la vagina equivocada.

La inquietud que provocaba la naturaleza invisible de la anatomía femenina se percibía por doquier y llegó a traspasar los límites de la ciencia (no es una coincidencia que muchas culturas cuenten con su propia versión de la leyenda de la vulva con dientes asesina, la temible *vagina dentata*).[9] Sin embargo, en el seno de la comunidad científica, esta inquietud sirvió para alimentar la funesta convicción de que mantener relaciones sexuales con una mujer «sucia» haría que al hombre se le cayera el pene. A principios del siglo XIV, el doctor y profesor de Medicina francés Bernard de Gordon advertía a sus lectores de los peligros de las enfermedades de transmisión sexual: «Las enfermedades de la verga son numerosas tras yacer con una mujer de vientre sucio, lleno de pútridas sanies y virulencia».[10] En el siglo XV, el cirujano Petrus de Argelata de Bolonia —quien años después sería conocido por examinar y embalsamar el cadáver de Alejandro V— diría algo parecido al afirmar que la vagina de una «mujer infame» estaba llena de «materia venenosa» que se alojaría en los recovecos y pliegues del pene, causando que este se pusiera negro y se pudriera.[11]

Llama la atención que la literatura no mencione para nada la posibilidad de que las mujeres padezcan estas enfermedades ni de que los hombres tengan algo que ver en su propagación. De hecho, los médicos de la época dibujaron un vívido retrato de las vulvas, que concebían como unas oscuras y fétidas guaridas del terror que aguardaban acechantes la oportunidad de destruir el inmaculado pene de algún desdichado amante. Cuando en 1530 el médico y poeta italiano Girolamo Fracastoro escribió su famoso poema épico sobre la sífilis, retrató a las mujeres como taimadas tentadoras, culpables en última instancia de la propagación de la enfermedad venérea y de casi todas las desgracias que le pueden sobrevenir a un hombre, sobre todo las derivadas de su propio mal juicio.

El sexo persuasivo y embaucador, que nos arrastra
a todos los castigos y a todos los pecados.[12]

Con el tiempo, Fracastoro adquirió renombre por una teoría, la de las «semillas de enfermedad», en la que los científicos contemporáneos ven una temprana precursora de la desarrollada teoría microbiana del siglo XIX.[13] Sin embargo, en la obra de Fracastoro están también las semillas de otra cosa, de algo más siniestro, presente también en la obra de todos los médicos que se entregaron a la idea de que las mujeres eran particularmente culpables de propagar enfermedades. A diferencia de la teoría de los humores o de la miasmática, esta visión suspicaz de la mujer no fue descartada por doctores posteriores a la luz de nuevos avances y conocimientos; por el contrario, ha persistido y evolucionado, igual que un virus. Con el transcurrir de los años, variantes de esta línea de pensamiento han seguido infectando la consciencia médica colectiva con la insidiosa convicción de que las mujeres son contaminantes, un nido de infecciones, y, en consecuencia, nada dignas de confianza.

El resultado ha sido una larga historia de mujeres que han servido de chivo expiatorio al que culpar de los contagios, así como un sistema que perpetúa este trato tanto en los entornos médicos como en la sociedad en general, a menudo con el respaldo de la fuerza autoritaria del aparato de sanidad pública gubernamental. En las páginas que siguen, exploraremos el devastador impacto de estas ideas en la medicina, la investigación, las políticas públicas y las vidas de las personas que se atrevieron a desafiarlas.

Muchas de estas personas fueron mujeres, pero no todas. En 1865, un Ignaz Semmelweis asediado y cada vez más errático acabó sufriendo una crisis nerviosa.[14] Su insistencia en la higiene de manos, pese a haber logrado erradicar casi por completo la fiebre puerperal de los hospitales donde se empecinó en ponerla en práctica, solo sirvió para granjearle las iras de la comunidad médica. En parte, esto se debió a las tácticas que utilizó: era estridente,

combativo y proclive a estallar ante las críticas (algunos estudiosos han lanzado la hipótesis de que todo esto se trataba de síntomas de la sífilis, que Semmelweis podría haber contraído trabajando con infectados). Pero a los médicos también les ofendía profundamente la insinuación de que fuera su propia falta de higiene, y no alguna tara o error de constitución de sus pacientes femeninas, la causante de la propagación de enfermedades.

Semmelweis fue internado en un manicomio, donde recibió una paliza a manos de unos guardias que le causaron varias heridas que no tardaron en infectarse. En dos semanas estaba muerto. La noticia de su fallecimiento no solo pasó sin pena ni gloria entre sus antiguos colegas del Hospital General de Viena, sino que su buen hacer allí había sido revertido hacía tiempo.[15] Unos años antes, Semmelweis se había trasladado a Budapest para ocupar un nuevo cargo, tras lo cual el hospital vienés se apresuró a abandonar el protocolo de higiene de manos del doctor.[16] Las mujeres empezaron a morir otra vez de fiebre puerperal. Nadie imaginaba por qué.

«Las mujeres se resfrían por su deleznable dejadez y terca indiferencia ante las más sencillas normas de higiene y luego van a casa y se lo pegan a sus maridos», dijo un médico.

The Daily Oklahoman, 6 de enero de 1916[17]

El descubrimiento de los microbios y la introducción de la teoría microbiana a finales del siglo XIX supusieron un salto enorme en el campo de la inmunología y además sirvieron de estímulo para la aparición de nuevas actuaciones sanitarias basadas en principios científicos y orientadas a reducir la propagación de enfermedades. Muchas de estas soluciones fueron de orden cívico: las autoridades sanitarias supervisaron el vaciado de ciénagas que pudieran alojar bacterias, así como la introducción de sistemas de saneamiento para evitar que las heces humanas contaminaran el suministro de

alimentos y agua. Productos «antisepticonscientes» de porcelana llegaron a las cocinas, los lavaderos y los dormitorios.[18] El descubrimiento de gérmenes específicos muy letales, como la tuberculosis, condujo a la creación de comités municipales y regionales, y de asociaciones sanitarias para el saneamiento y la higiene, además de a la aprobación de ordenanzas municipales, incluida la famosa ley de la ciudad de Nueva York que prohibía escupir en la acera.[19] Al mismo tiempo, emergió una pequeña industria de dispositivos y productos de limpieza que permitía a los hogares encarar la lucha contra la amenaza de infección.

Sin embargo, en los asuntos de higiene doméstica, asomaba la cabeza un conocido chivo expiatorio. El desarrollo de la teoría microbiana no tardó en dar lugar a una obsesión por identificar a los principales responsables de prevenir la propagación de gérmenes y, una vez más, se llegó al consenso de que las mujeres representaban un riesgo especial para la salud. En la década de 1890, la misma época en que los doctores debatían acaloradamente si los corsés deformaban el esqueleto de las mujeres, los bacteriólogos se preocupaban por los peligros de la moda femenina tanto para quien la vestía como para el público en general. Los científicos hicieron cultivos de varios gérmenes recogidos en los dobladillos de los vestidos, que rozaban el suelo, y dieron la voz de alarma sobre el azote de la «falda séptica», que supuestamente arrastraba toda clase de enfermedades desde la calle hasta el hogar.[20] Una viñeta de *The New York Weekly* del año 1900 muestra a una sirvienta sacudiendo el polvo de la capa de su señora y lanzando al aire enormes nubes con las etiquetas «GÉRMENES», «MICROBIOS», «TUBERCULOSIS», «GRIPE» y «FIEBRE TIFOIDEA».[21] La parca, frotándose las esqueléticas manos con alegre expectación, acecha al fondo, al igual que los dos hijos pequeños de la señora, a quienes ellas no ven. Las mujeres, aterrorizadas ante la posibilidad de estar poniendo a sus familias en peligro cada vez que salían de casa, formaron los «Clubes del día lluvioso»,[*] que defendían subir los bajos de los vestidos por el bien de la salud (únicamente para que

las avergonzaran una década más tarde por llevar los tobillos al aire, exponiéndose a la gripe).[22] Las amas de casa de pronto pasaron a estar en la primera línea de la guerra contra los microbios y se esperaba de ellas que protegieran a su familia de los peligrosos contagios manteniendo un hogar desinfectado. Incluso la American Medical Association opinó sobre el tema: «Los médicos que conocen el valor de una enfermera bien formada pueden apreciar fácilmente el valor de una formación que no solo hará más prudentes, económicas y ahorradoras a las esposas estadounidenses, sino que establecerá un régimen sanitario en todas las habitaciones de la casa, así como en la cocina y el comedor».[23]

Como sucede tan a menudo en lo que respecta a la mujer, estas recomendaciones médicas sobre la higiene del hogar venían apoyadas por una serie de presiones y convenciones sociales. Convertir a las mujeres en las dueñas del ámbito doméstico era un arma de doble filo que también sirvió para confinarlas: para mantener la casa, había que quedarse en ella. Al mismo tiempo, la combinación de una buena salud y una higiene adecuada con la élite social seguía viento en popa: una casa ordenada denotaba la integridad moral de la mujer que la habitaba y además la elevaba a ella y a su familia por encima de las comunidades pobres, no blancas e inmigrantes, que ni siquiera tenían inodoros de cerámica y mucho menos el tiempo y el dinero para dedicarse a mantenerlos limpios.

La división de clases se volvió enseguida el terreno fértil en que germinaron las mismas inquietudes que habían poblado los textos de los siglos XIV y XV advirtiendo contra las «mujeres infames» con sus vaginas llenas de putrefacción. Pobreza, mugre y enfermedad iban inextricablemente unidas en el consciente colectivo. Las mujeres de las familias de clase obrera trabajaban fuera de casa, no tenían tiempo de jugar a la diosa del hogar en ella. Y era en sus casas donde la gente se imaginó que echaba raíces y se enconaba la enfermedad antes de salir de nuevo a la calle, transportada por los incultos, los desaliñados, los sucios, que contaminaban cuanto tocaban.

Soy un ser humano inocente. No he cometido ningún crimen y me tratan como si fuera una paria, una criminal. Es injusto, indignante e incivilizado.

MARY MALLON, 1909[24]

La chica de Cookstown, Irlanda, será toda una leyenda. Algún día, personas de todos los rincones sabrán su nombre. No el que le pusieron sus padres, sino el otro, el que la hizo tristemente conocida. Un nombre que le pusieron unos desconocidos y que otros desconocidos pronuncian con desdén. Un nombre que no solo la sobrevivirá, sino que cobrará vida propia cuando ella ya no esté, hasta que deje de pertenecerle, hasta que se convierta en el nombre que se da a una persona que propaga enfermedades sin piedad.

Ahora bien, en 1884, cuando se embarca y cruza el charco camino de América en busca de una vida mejor, no es más que una chica llamada Mary Mallon que tiene quince años y viaja sola.[25] En su rostro juvenil se vislumbra la mujer atractiva en la que se convertirá pronto: tiene las mejillas redondeadas, una naricita pequeña y respingona y los ojos de un color azul intenso, que contrastan de un modo asombroso con su espeso pelo moreno. Su plan es llegar a Nueva York, donde se alojará con unos tíos suyos y, con suerte, encontrará trabajo de sirvienta: lavandera, ama de casa o puede que incluso criada de alguna señora en una de las mansiones de la Quinta Avenida, de la parte que llaman «avenida de los millonarios».[26]

Más allá de estos planes, Mary no sabe qué le deparará el futuro. Todavía no sabe que es una excelente cocinera, tan mañosa que las familias acaudaladas se pelearán por tenerla en sus cocinas, ni que, dentro de veinte años, un rico banquero llamado Charles Henry Warren la contratará para pasar todo el verano en su gran mansión de Oyster Bay, en Long Island, donde preparará la comida de los Warren y su cambiante cohorte de invitados.

Más importante aún: ella no sabe que, en algún momento de los años comprendidos entre su viaje a través del océano y su llegada a Oyster Bay, empezará a transportar un pasajero. No será un hijo —nunca se casará ni será madre—, sino un microbio que entrelazará su ser invisible con el de ella, envenenando todo lo que Mary toque, y que sobrevivirá en su interior como una maldición mientras viva. Donde vaya Mary, la seguirán la enfermedad y la muerte.

Y, con el tiempo, también los médicos. Las autoridades sanitarias de Nueva York perseguirán a Mary Mallon durante años. Le arrebatarán su sustento y su libertad. También le dirán que tal vez pueda recuperarlos si permite que le arrebaten otra cosa: la vesícula biliar, mediante una cirugía invasiva a la que podría no sobrevivir.

Los médicos se quedarán estupefactos cuando ella se niegue, aunque, dicho sea de paso, casi todo lo concerniente a Mary deja perplejos a los hombres que han decidido hacerse cargo de su destino. Ella es diferente a ellos en todos los aspectos. Es una inmigrante. Una criada.

Una mujer.

Quizá esta sea la razón por la que, incluso después de dar con ella y encarcelarla en una pequeña isla del East River —donde permanecerá aislada hasta su muerte—, no la ayudan a entender qué le está pasando ni por qué. No le explican el nuevo y sorprendente concepto del «portador asintomático», que propaga una enfermedad sin saberlo y sin ponerse enfermo. En lugar de involucrarla en sus cuidados médicos, le dan instrucciones y órdenes y la castigan cuando no obedece. En cuanto al legado de esta mujer irlandesa, a su lugar en la historia, también es el sistema médico el que lo determina, despojándola de su identidad como antes había hecho con su libertad. Cien años después, nadie recordará a Mary Mallon.

No obstante, todo el mundo habrá oído hablar de María Tifoidea.

* * *

En junio de 1909, dos años después del primer arresto y encarcelamiento de Mary Mallon en la isla de North Brother, frente a las costas de Manhattan, la revista *New York American* publicó un reportaje con su caso. El titular, en letras mayúsculas que ocupaban un cuarto de la página, era el apodo por el que es tristemente célebre en la actualidad, «MARÍA TIFOIDEA», y va acompañado de un artículo a doble página que describe el «extraordinario aprieto» en el que se encuentra la mujer que, «sin tener culpa alguna, es una incubadora viviente y ambulante del microbio de la fiebre tifoidea».[27]

«Su caso es el más asombroso que conocemos por el número de personas a las que ha contagiado la enfermedad», escribiría el doctor William H. Park, uno de los médicos responsables de tratar a Mallon.[28]

Si bien este dato tal vez fuera cierto hasta donde Park tenía entendido entonces, con el tiempo se ha demostrado que es inexacto. Mallon no fue la portadora del germen de la fiebre tifoidea más contagiosa de la época; el dudoso honor recayó en otro trabajador de la alimentación, Tony Labella, quien seguramente fue el responsable de contagiar a unas ochenta y siete personas frente a las cuarenta y siete de Mallon.[29] Sin embargo, solo el nombre de ella, y no el de Labella ni el de ningún otro portador asintomático, sigue siendo sinónimo de propagación inmisericorde de una enfermedad.[30] A su muerte, tras vivir más de veintiséis años en cuarentena, Mallon era una más entre los cientos de portadores de fiebre tifoidea identificados en Nueva York, pero la única que había sido encerrada por considerarse una amenaza para la salud pública.[31]

Judith Leavitt, historiadora y autora de un libro que narra la vida de Mallon, ha identificado una serie de razones por las que podría haber sido maltratada y vilipendiada de un modo tan particular por parte de las autoridades sanitarias: era irlandesa, inmigrante y una

mujer sin familia.[32] Asimismo, era temperamental, combativa y escéptica con los doctores que le decían que era portadora de la fiebre tifoidea. Pero quizá lo más importante de todo es que Mary Mallon les debió de parecer la encarnación de la contaminante arquetípica, la «mujer infame» que propaga maliciosamente una enfermedad sin que a ella parezca afectarle el mal, una conclusión a la que los médicos de la época parecían haber llegado antes de conocerla.

Desde luego, las cosas podrían haber sido muy diferentes para Mallon si los hombres que intentaban ponerla en cuarentena la hubieran tratado con humanidad y respeto. En cambio, en 1907, un ingeniero sanitario llamado George Sober acosó a Mallon en su lugar de trabajo: le dijo que creía que estaba enferma y le pidió que le diera unas muestras de sangre, orina y heces, una petición que debió de parecerle absurda a Mallon, por muy bienintencionada que fuera. Cuando la mujer se negó a cooperar, Sober y un ayudante la siguieron a casa y volvieron a confrontarla; al fracasar, le pasaron el caso a una funcionaria de Sanidad llamada S. Josephine Baker, cuyo pintoresco relato de la captura de Mallon suena menos a actuación del Servicio de Salud Pública y más a una hilarante cacería. Mallon, que a esas alturas estaba convencida de que las autoridades la estaban acosando y persiguiendo sin motivo —un pensamiento que era bastante razonable—, huyó y se escondió de Baker y de los cinco agentes de policía que se habían presentado para arrestarla. Al describir el momento en que la encuentran y proceden a sacarla a rastras, Baker utiliza los términos más deshumanizantes a la vez que expresa su desconcierto por que Mallon no se mostrara más receptiva ante sus «sensatas» demandas.[33]

«Salió pegando e insultando, dos cosas que era capaz de hacer con una eficacia y un vigor apabullantes», escribió Baker, y señaló que el trayecto hasta el hospital, durante el cual inmovilizó a Mallon sentándose sobre ella, «fue como estar en una jaula con un león furioso».[34]

Pese a que funcionarios como Baker aseguraron entonces que Mallon no era nada razonable («Sabía que nunca había tenido fiebre tifoidea; su integridad era maníaca», escribió), las cartas que ella envió desde su confinamiento sugieren que, más que ser maníaca, estaba indignada y comprendía al detalle lo injusto de su situación y el modo en que el *establishment* médico la estaba explotando.[35]

«De hecho, he sido un espectáculo para todo el mundo. Hasta los médicos internos tenían que venir a verme y preguntarme cosas que ya sabe todo el mundo. Los de la tuberculosis decían: "Ahí está la secuestrada"», escribió en una carta de 1909.[36]

En cuanto a William Park, el médico que había escrito en las páginas del *New York American* que Mallon era «una amenaza» que requería prisión permanente, ella fantaseaba con darle un poco de su propia medicina: «Me pregunto qué le parecería al tal doctor William H. Park que lo insultaran y lo sacaran en el periódico y lo llamaran a él o a su mujer William Park Tifoideo».[37]

Algunos historiadores afirman que el estatus de villana de Mallon —la célebre María Tifoidea— no se consolidó hasta 1915. Habían liberado a Mallon de la cuarentena con la condición de que no volviera a trabajar como cocinera, pero fue descubierta haciéndolo bajo un pseudónimo en la cocina de un hospital de Manhattan donde había estallado hacía poco un brote de fiebre tifoidea. La volvieron a capturar y la enviaron de vuelta a la isla North Brother, donde permaneció hasta su muerte, en 1938, por complicaciones derivadas de una apoplejía. Un editorial del *New York Tribune* declaró que Mallon había sido la artífice de su propia muerte: «Le dieron la oportunidad de vivir en libertad hace cinco años y eligió desperdiciarla a propósito».[38]

Y, sin embargo, el reportaje del *New York American* de 1909 con su caso sugiere lo contrario.[39] No se trata solamente del titular —«MARÍA TIFOIDEA»—, sino de la ilustración que enmarca el reportaje, un dibujo de una línea que ocupa toda la página. Es un retrato poco favorecedor de Mary Mallon, con el cabello negro recogido en un moño y el rostro ensombrecido, mirando fríamente la

comida que está preparando. Tiene una sartén en una mano y una calavera diminuta en la otra; no tan diminuta como los invisibles microbios de la fiebre tifoidea que lleva portando años sin saberlo, sino del tamaño de un huevo. Es la muerte, tangible e imposible de ignorar, la que se cobija en la palma de su mano.

La arroja a la sartén.

Si yo fuera juez, haría que rompieran en la rueda y despellejaran a esas rameras envenenadas y sifilíticas, porque es imposible calcular el daño que esas repugnantes rameras hacen a los jóvenes, que arruinan de un modo tan miserable y cuya sangre contaminan antes de que lleguen a convertirse en hombres.

MARTÍN LUTERO,1543[40]

Si la llegada de la teoría microbiana dio paso al arquetipo de la diosa doméstica, también sirvió para reforzar la noción de la mujer como contaminante inmisericorde, sobre todo en la propagación de enfermedades de transmisión sexual (ETS). En los albores del siglo XX hubo un brote de casos de sífilis y gonorrea que hizo cundir el pánico moral y una gran consternación entre las autoridades sanitarias, que se subscribían más o menos a la teoría de la transmisión de las ETS defendida por un iracundo Martín Lutero en su diatriba del siglo XVI sobre «las rameras sifilíticas». Una vez más, pensaban que los inocentes muchachos caían víctimas de las tóxicas artimañas de unas tentadoras infestadas de enfermedades.

Tras concluir que las mujeres en general, y las prostitutas en particular, eran las responsables de la propagación de enfermedades venéreas, los médicos empezaron a buscar formas de identificarlas (a las mujeres, no las enfermedades). La investigación se basó en el consenso establecido en el seno de la comunidad médica de que era posible identificar a una mujer promiscua por el tamaño y la forma de sus genitales. Un médico, Horatio Storer, promulgó a mediados

del siglo XIX la teoría de que las mujeres lascivas debían de tener un clítoris anormalmente grande, si bien esto no lo disuadió de diagnosticar de desviación sexual a numerosas mujeres con un clítoris de tamaño normal.[41] Hubo otro, el doctor Robert Latou Dickinson, el ginecólogo que conocimos brevemente en el capítulo dedicado al sistema muscular, que tenía una serie de esculturas de arcilla que supuestamente mostraban diferentes tipos de labios vaginales —«la masturbadora», «la virgen», «la homosexual», etc.—, que no se parecían a nada, como esos memes digitales del siglo XXI en los que un sándwich de jamón del que sobresalen las lonchas pretende representar la vulva de una mujer muy experimentada sexualmente (la precisión científica es también equivalente).[42] Dickinson estaba particularmente convencido de que podía distinguir a simple vista qué pacientes eran «eróticas»: caminaban con un «característico contoneo rítmico de las caderas», hacían gala de una «conducta inquieta» durante las exploraciones y eran dadas a un «exposición innecesaria (exhibicionismo)», una acusación extraña viniendo de un hombre que solía hacer que sus pacientes se tumbaran desnudas en la camilla con los brazos y las piernas abiertos mientras él dibujaba sus genitales al detalle.[43] (Nota: tanto Storer como Dickinson son personajes recurrentes en este libro; los volveremos a ver en el capítulo dedicado al sistema reproductor.)

En la Europa de finales del siglo XIX, los médicos desarrollaron una suerte de guía de campo para identificar a supuestas trabajadoras sexuales en estado salvaje; es lo que la historiadora Mary Spongberg describe en sus escritos como «una especie de catálogo que les permitía distinguir a las mujeres que parecían poseer unas aptitudes concretas para la prostitución».[44] Esta iniciativa tuvo su equivalente en Estados Unidos con la creación de la American Social Hygiene Association (Asociación Estadounidense de Higiene Social), cuyos responsables adoptaron un enfoque similar, aunque mucho más entusiasta, para erradicar las enfermedades de transmisión sexual.[45] Corría el año 1917, la Primera Guerra Mundial hacía estragos y la alarmante propagación de enfermedades

venéreas entre miembros del Ejército estadounidense había elevado un problema médico hasta convertirlo en un problema de seguridad nacional.

Lo que sucedió a continuación fue una de las actuaciones sanitarias menos conocidas y más terroríficas de la historia de Estados Unidos, que curiosamente pasó inadvertida pese a haberse prolongado durante la mayor parte del siglo XX. Recibió el nombre de «American Plan» (Plan Estadounidense) y, bajo sus auspicios, una cantidad ingente de mujeres fueron secuestradas, encarceladas y tratadas a la fuerza con medicamentos peligrosos en nombre del bien común.[46] En muchos sentidos, fue la repetición de la saga de Mary Mallon, pero a tan gran escala y con un aparato gubernamental tan eficaz detrás que el escandaloso ataque a las libertades de las mujeres que supuso no se comprendería del todo hasta décadas más tarde.

En su libro sobre el Plan Estadounidense, el autor Scott W. Stern describe cómo las autoridades médicas acosaron, arrestaron y encarcelaron a mujeres que desempeñaban actividades que las señalaban como posibles portadoras de enfermedades de transmisión sexual (dichas actividades incluían sentarse solas en un restaurante, cambiar de empleo o, simplemente, parecer sospechosas).[47] Un positivo en gonorrea o sífilis conllevaba la detención y posterior tratamiento en un campamento del Gobierno que podía durar días, semanas o meses. Además de verse forzadas a aceptar inyecciones de mercurio y medicamentos a base de arsénico —los únicos tratamientos para la sífilis disponibles en la época—, las mujeres fueron sometidas a un estricto código de conducta: «Si no conseguían demostrar la deferencia "propia" de una dama, las golpeaban, las duchaban con agua fría, las encerraban aisladas e incluso las esterilizaban», escribe Stern.[48]

Lo que había comenzado como un programa diseñado para cazar prostitutas se amplió enseguida a toda la nación. En teoría, la ley permitía detener a cualquier persona, independientemente de su sexo, sospechosa de propagar enfermedades; en la práctica,

prácticamente todos los afectados fueron mujeres. El fantasma de la mujer infame volvía a acechar, esta vez con el sello de las autoridades sanitarias y del Estado detrás.

El motivo de la calavera utilizado con tanta eficacia para dar a entender que Mary Mallon había actuado movida por un deseo consciente de hacer el mal aparece también aquí, esta vez en documentos oficiales del Gobierno. En una imagen, una mujer voluptuosa le dice a un soldado: «Dos chicas que conozco quieren conocerte a fondo», mientras las susodichas, con calaveras por rostro y las palabras «sífilis» y «gonorrea» estampadas en sus respectivas faldas, asoman por detrás con gesto seductor.[49] Otros anuncios funcionaban como una especie de escaparate contra las *pin-up*, advertían a los hombres de que hasta la mujer más bella y con la apariencia más inocente podía estar cobijando enfermedades en secreto. «Puede que parezca limpia», señala uno de estos anuncios, en el que se ve a una chica guapa con blusa blanca inmaculada que podría ser la vecina de al lado.[50] En otro, en el que aparece una doble de Bettie Page con un cigarrillo en la boca, el mensaje es menos sutil: «Podría ser un saco de PROBLEMAS».[51]

No obstante, pese a la evocadora imagen de mujeres presentadas como sacos ambulantes de microbios, la idea de que las detenidas en virtud del Plan Estadounidense representaban una auténtica amenaza para la salud quedó invalidada por el comportamiento de las autoridades que las persiguieron: la policía y los funcionarios de Sanidad obligaban sistemáticamente a estas mujeres supuestamente enfermas a mantener relaciones sexuales con ellos.[52]

Empezamos a darnos cuenta de que necesitábamos un mayor elemento de control sobre estas chicas. Teníamos que apartarlas de la comunidad y controlarlas para que no pudieran continuar con su actividad promiscua. Teníamos que controlarlas para estar absolutamente seguros de que recibían todo el tratamiento que necesitaban con tanta urgencia.

Funcionario del Servicio de Salud Pública,
hacia la década de 1940[53]

Una posible razón por la que el Plan Estadounidense perduró tanto tiempo sin ser sometido a examen es que uno de sus principales artífices, el doctor Thomas Parran, se hizo famoso al verse involucrado en una atrocidad médica mucho más conocida: el estudio Tuskegee sobre sífilis, en el que se usaron a modo de cobayas a hombres negros infectados de sífilis para observar la evolución de la enfermedad.[54] El estudio duró cuarenta años y representa una de las violaciones más flagrantes de la ética médica jamás registrada. De los cuatrocientos participantes, más de cien murieron de sífilis o de complicaciones relacionadas, y muchas de las esposas e hijos de los pacientes resultaron infectados.[55]

Parran no creó el estudio Tuskegee —lo heredó de su predecesor en 1935—, pero fue bajo su supervisión cuando se mintió y negó cruelmente un tratamiento que podía haber salvado la vida de estos hombres, incluso después de que en 1947 se descubriera que los antibióticos eran una cura eficaz de la sífilis. Aun así, lo más relevante es que Tuskegee no fue la primera incursión de Parran en las actuaciones sanitarias moralmente delictivas: en 1918, con tan solo veintiséis años de edad y recién incorporado como médico al Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, se estaba curtiendo en el Plan Estadounidense para encarcelar a mujeres con enfermedades de transmisión sexual.[56]

Parran fue una figura controvertida incluso en su época, se enfrentó a menudo con moralistas gruñones que pensaban que enseñar la abstinencia moral era el mejor modo de librar a la población de las enfermedades de transmisión sexual; en una ocasión, se levantó y se fue de una participación radiofónica concertada cuando los ejecutivos de la emisora censuraron las palabras «control de la sífilis» en sus comentarios (esto último se les volvió en contra de una manera espectacular, ya que, en plena controversia, los periódicos de todo el país cubrieron la noticia

publicando los comentarios de Parran en su totalidad).[57] Asimismo, abogó infatigablemente por que se abriera un debate honesto y público sobre el control de las enfermedades de transmisión sexual, y con ese fin escribió, entre otras actividades, un estudio publicado en 1937 en la revista *Ladies' Home Journal*, para disgusto de quienes creían que estos temas no eran adecuados para las damas.[58]

Pero el apasionado compromiso de Parran con el control de la propagación de enfermedades le llevó a saltarse algunas restricciones éticas en cuanto al consentimiento médico, que consideraba una molestia en lugar de una necesidad. Cuando ocupaba el cargo de director general de Salud Pública, Parran se enteró de la existencia de un experimento de salud pública dirigido por Estados Unidos en Guatemala, en el que unos investigadores infectaban deliberadamente con sífilis a presos y enfermos mentales para estudiarlos. En 1947, Robert Coatney, colega de Parran, le envió una carta al doctor John Cutler, una de las figuras clave en el estudio de Guatemala.

«Como bien sabes, [Parran] está muy interesado en el proyecto. Le brillaban los ojos de alegría cuando dijo: "Ya sabemos que aquí no podríamos hacer un experimento así"», escribió Coatney.[59]

Lo que Parran sí podía hacer, e hizo, era institucionalizar la desconfianza hacia las mujeres dentro del sistema de salud pública. Bajo su supervisión, una idea poderosa y tóxica penetró en el tejido mismo del Gobierno, de la medicina y de la sociedad estadounidense: en lo concerniente a la propagación de enfermedades, las mujeres siempre tenían la culpa y no había que confiar en ellas; ni confiarles su libertad ni su salud, ni siquiera dejarles ser la autoridad que dicta lo que sucede en sus propios cuerpos.

* * *

Estamos en 1944. Estados Unidos está en guerra y lo ha estado durante la mayor parte de los últimos cuatro años. La victoria aliada en Europa y Japón aún tardará unos meses en llegar. Sin embargo, en el frente doméstico se está librando una batalla totalmente diferente; en este caso, contra un enemigo microscópico que amenaza la vida y el sustento de incontables estadounidenses.

De un modo muy similar a la lucha que se libra en ultramar, esta batalla queda inmortalizada en un noticiario de los que se emiten en los cines antes de la película. El contexto es un campamento del Civilian Conservation Corps (Cuerpo Civil de Conservación), una reliquia de la Gran Depresión que en su día había albergado a jóvenes que necesitaban un empleo.[60] Ahora sus barracones vuelven a estar llenos, si bien su propósito e inquilinos son muy diferentes, como queda patente cuando vemos un plano de los nuevos residentes desfilando. Algunos miran a cámara, otros mantienen la cabeza gacha. Pero no son soldados, ni siquiera hombres. Son mujeres, todas sin excepción.

Y todas están infectadas o, al menos, eso es lo que asegura el Gobierno.

Se llama Mary Lou, aunque lo más seguro es que no, porque no existe. Es la protagonista de este cortometraje —titulado «A venereal disease rapid treatment center» [«Un centro de tratamiento rápido de enfermedades venéreas»]—, un avatar que representa a todas las mujeres del campamento para infectadas con enfermedades de transmisión sexual.[61] Como cuenta un narrador al que no vemos, no se trata de una prisión, sino de un hospital donde pacientes de todas las edades viven bajo la supervisión del Estado. «Chicas jóvenes, ancianas, de ciudad, de campo, buenas, malas, normales», enumera mientras ellas desfilan ante la cámara. En opinión del Gobierno, aquí no hay mujeres, ninguna adulta; solamente chicas, de todas las edades, pero chicas, que se encuentran ahora bajo el control y la supervisión del Plan Estadounidense.

La actriz que interpreta a Mary Lou es la viva imagen de la «chica normal». Tiene una edad que podría estar comprendida entre los dieciséis o diecisiete y los treinta y pocos. Su rostro y su cuerpo son tan anodinos que costaría distinguirla en una multitud. Incluso el narrador la identifica únicamente gracias al «vestido arrugado» que lleva cuando llega al campamento, que se quita con rapidez para que el médico la explore. Hay otros vídeos de este tipo, los dirigidos a los hombres, en los que se ve a los pacientes hablando de su tratamiento («Ya había estado con esa chica antes —se queja un tipo llamado Jerry cuando el médico le pregunta por qué no se puso un condón—. ¡Parecía limpia!»).[62] En cambio, Mary Lou nunca habla, solo se habla sobre ella, que permanece callada y obediente mientras el narrador revela el destino que le espera.

¿Por qué está allí? Para curarse, sin duda, pero lo que se está mostrando aquí no es medicina, es una transformación, un arco de redención, de amenaza pública a ciudadana productiva. Mary Lou llega arrugada y enferma y, probablemente, siendo una delincuente moral (se insinúa, aunque no se dice abiertamente, que ha ejercido la prostitución). Se marcha transformada, con una oferta de empleo —ha aprendido a soldar durante el confinamiento— y una nueva imagen. El arrugado vestido de flores ha desaparecido y ha sido sustituido por un atuendo más modesto, casi militar, oscuro y rígido, con abultadas hombreras.

«Y ahora tiene un trabajo de verdad con un sueldo digno y una nueva vida ante ella gracias al centro de tratamiento rápido», dice el narrador.[63] Esta es la moraleja de la historia: tú, mujer perdida, puedes recomponerte por la gracia del Gobierno de Estados Unidos y el milagro de la medicina moderna. Solo tienes que abandonar tu dignidad, tu libertad y tu autonomía.

Solo tienes que hacer todo lo que te diga el médico.

La pena es que todas las esposas podrían retener su adorable encanto si usaran el desinfectante Lysol para un lavado íntimo eficaz.

Anuncio de Lysol,
hacia la década de 1950[64]

Pese a que, una vez acabada la Segunda Guerra Mundial, se fue desvaneciendo de la consciencia colectiva la amenaza que representaban para la seguridad nacional las enfermedades de transmisión sexual —y las mujeres que supuestamente las propagaban—, la idea de que las vaginas eran una fuente de enfermedad y putrefacción ya había arraigado para entonces en la medicina y estaba presente en todos los aspectos de la cultura, aunque no fuera ligada al miedo a una enfermedad específica. El culto a la limpieza que llevaba tanto tiempo impregnando la vida doméstica de las mujeres se había abierto paso hasta la alcoba, acompañado de una pequeña industria empeñada en hacerlas sentirse igual de mal por sus antihigiénicos cuerpos que por sus desordenados hogares.

A veces, se recomendaban los mismos productos para limpiar ambos. En la década de 1930, los anuncios de Lysol promocionaban el uso del producto para las duchas vaginales insinuando que las mujeres que no se limpiaran la vagina con un desinfectante industrial acabarían resultando sexualmente repulsivas. El anuncio citado más arriba muestra a una mujer con cara de estar afligida que intenta abrazar a su marido, quien a su vez le da la espalda con gesto de desagrado. El texto del anuncio adopta el formato de pregunta y respuesta:

> **P. ¿Qué ha hecho? ¿De verdad es culpa suya?**
> R. No es tanto lo que ha hecho, sino lo que ha descuidado: una higiene femenina adecuada.

Huelga decir que las duchas vaginales con Lysol son, además de innecesarias, verdaderamente peligrosas, aunque este no fue el único producto que se les intentó vender a las mujeres para que eliminaran el olor de sus vaginas a costa de su salud. Johnson &

Johnson comercializó unos polvos de talco con un mensaje similar al de Lysol, es decir, el de que era un producto necesario para la higiene femenina. Se les decía a las mujeres que poner talco en su ropa interior reduciría los olores, y solo aparecía un vínculo que sugería que los polvos de talco podían causar cáncer de ovario. Esta información salió a la luz en 2006, cuando la Organización Mundial de la Salud emitió una advertencia. En 2007, Johnson & Johnson accedió a dejar de vender los polvos de talco como desodorante genital… a las mujeres blancas.[65] (En 2023, Johnson & Johnson llegó a un acuerdo para zanjar una demanda de 8.900 millones de dólares por los efectos cancerígenos del talco.)[66]

Por otro lado, la combinación de estas tres ideas dispares —higiene femenina, pureza sexual y buena salud— sigue encontrando adeptos en el sistema médico, a pesar de no estar ya de moda en la cultura. Pese al impacto de la revolución sexual y al trabajo del feminismo para acabar con el estigma contra la mujer sexualmente activa, en la consulta del médico todavía encontramos resistencia; es uno de los pocos lugares donde una mujer puede sentir que la avergüenzan por su vida sexual, por no estar limpia, y todo bajo la pretensión de que se hace por su propio bien.

* * *

Rebecca está llorando en mi consulta.

No quiere contarme qué le pasa.

La conocí hace cuatro años, poco después de que le diagnosticaran un cáncer de mama. Ese día estaba rodeada de su familia; sus padres y su hermano habían recorrido miles de kilómetros para apoyarla mientras diseñábamos su plan de tratamiento y ella había decidido no dejar que el cáncer la desviara de una vida y una carrera como jurista que se estaba comenzando a labrar.

Ahora ya está libre de cáncer. Lo de hoy solo es una revisión, que recibo con alegría cada pocos meses porque es maravilloso ver

lo mucho que está progresando. Antes, nuestras consultas se centraban en su supervivencia; en cambio, ahora hablamos de su vida y de sus progresos psicológicos y físicos para que la enfermedad deje de definirla. Durante mucho tiempo, uno de sus mayores miedos ha sido no encontrar a nadie con quien compartir esa vida que tanto ha luchado por recuperar, que a los hombres les desagradara su mastectomía, que les alarmara su encontronazo con la enfermedad. Me dio una gran alegría, y también alivio, saber, cuando nos vimos la última vez, que estaba empezando a tener citas de nuevo.

Se me rompe el corazón al verla ahora así, tratando de contener las lágrimas.

«Me siento tan idiota... Tengo la sensación de que lo sabes todo de mí, pero me da mucho miedo contarte esto. Todavía me da mucha vergüenza, y eso que han pasado seis meses», se lamenta.

Trato de calmarla. Le digo que puede contarme lo que sea, que nada de lo que diga me va a molestar.

Es una verdad a medias: cuando me cuenta lo que ha pasado, no me molesta, me pone furiosa.

Hace seis meses, después de un año esforzándose por conocer a alguien, Rebecca mantuvo relaciones sexuales por primera vez desde que le diagnosticaron el cáncer. Sin embargo, su nueva pareja le hizo *ghosting* y, además, le dejó un macabro regalo: un herpes genital, una enfermedad que él sabía que tenía pero de la que no le informó. No obstante, por muy perturbador que sea esto, no son las mentiras de su ex las que la sumen en este estado de llanto y vergüenza, sino el doctor al que acudió unos días después del encuentro sexual, quien le diagnosticó la ETS y luego le hizo un comentario que la dejó de piedra: «Quizá deberías tener menos relaciones sexuales y centrarte en una relación monógama encaminada al matrimonio y los hijos».

Entre lágrimas, Rebecca me explica lo que había avanzado y lo increíble que había sido por fin ver su cuerpo como una fuente de fuerza y placer en lugar de como algo desfigurado. Este médico le

había arrebatado en un abrir y cerrar de ojos la seguridad en sí misma y la había dejado descompuesta y avergonzada. Según ella, fue peor que cuando le dijeron que tenía cáncer.

«Me hizo sentir rota. Me hizo sentir que era una amenaza. ¿Cómo es posible?», dice.

En un momento así, trato de tranquilizar a mi paciente. Le digo que no está rota ni descompuesta, y que no tiene nada de lo que avergonzarse. Pero cuando pienso en su pregunta —¿cómo es posible?—, sé que la respuesta es que siempre ha sido así. Desde la Italia del siglo XVI hasta la consulta de un ginecólogo de una pequeña localidad en 2021.

El sexo persuasivo y embaucador, que nos arrastra
a todos los castigos y a todos los pecados.

* * *

La experiencia de Rebecca es el resultado de siglos de desinformación, sexismo y miedo que contaminan el trato que el sistema médico dispensa a las mujeres. ¿Cómo si no se explica el instinto que hizo a aquel doctor avergonzarla por su enfermedad en lugar de ofrecerle un tratamiento? ¿O su equiparación de una salud mejor con una vida doméstica tradicional en el papel de esposa?, ¿una vida en la que presumiblemente se quedaría en casa a desinfectar el inodoro —o puede que sus genitales— en lugar de tener citas y relaciones sexuales? ¿O aquella culpabilización asimétrica, tan desequilibrada que ni siquiera menciona al hombre que la había contagiado y la deja a ella con esa extraña sensación de que se lo había provocado a sí misma?

Todas aquellas antiguas inquietudes de que las mujeres son portadoras de enfermedades y no sufridoras de enfermedades han dejado un legado que persiste en la actualidad, y no solo en las experiencias de pacientes concretas como Rebecca. En 2006, el lanzamiento de la tan esperada vacuna para el virus del papiloma

humano (VPH), una ETS que se cree que es la responsable del 90 por ciento de los cánceres de cuello uterino, quedó empañado por la subsiguiente revelación de que los doctores se la estaban recomendando únicamente a las mujeres, pese a que los hombres propagaban el virus con la misma facilidad y a que la enfermedad no está ligada en exclusiva al cáncer de cuello uterino, sino también a los de cabeza, cuello y ano.[67]

Y cuando no se trataba a las mujeres como agentes contaminantes, se excluían sin más. Por más que la oficina de buenas prácticas clínicas de la FDA lleva exigiendo la paridad de género en los ensayos clínicos desde 1993, los científicos a menudo se han mostrado reticentes a seguir sus directrices debido a la creencia equivocada de que los sujetos femeninos y sus variables ciclos hormonales complican demasiado los ensayos.[68]

El esfuerzo por asegurar que la ciencia trate las necesidades y la biología específica de la mujer ha resultado ser una serie de salidas en falso. A la recomendación de la FDA de 1993 la siguió en 2001 un influyente informe titulado «Does Sex Matter?» [«¿Importa el sexo?»], que también recomendaba priorizar las diferencias de sexo en la investigación biométrica.[69] En 2006, un grupo de investigadores de la Society for Women's Health Research (Sociedad para la Investigación de la Salud de las Mujeres) fundó la Organization for the Study of Sex Differences (Organización para el Estudio de las Diferencias entre Sexos) con el objetivo de asistir a la investigación y conectar a especialistas de diferentes campos.[70] En 2016, el National Institutes of Health (Institutos Nacionales de Salud o NIH, por sus siglas en inglés) había creado una política dirigida a incentivar la inclusión del «sexo como variable biológica» en la investigación.[71]

Y, con todo, sigue habiendo investigaciones de vital importancia que no incluyen a la mujer. En 2019, un ensayo clave de un nuevo fármaco para prevenir el VIH estudiaba los efectos de la droga en miles de sujetos varones mientras excluía de manera deliberada a las mujeres, pese a que el 19 por ciento de los nuevos contagios por

VIH en Estados Unidos y casi la mitad de los contagios en todo el mundo se dan en mujeres.[72]

Es reseñable que el sesgo contra la inclusión de mujeres en las investigaciones clínicas se extienda incluso a investigaciones que no incluyen a sujetos humanos. Las inmunoterapias, utilizadas para tratar enfermedades autoinmunes y, más recientemente, cánceres que no cuentan con un tratamiento, se estudiaron primero en ratones, pero sin separar a los sujetos —ni los datos— por sexos, lo que dejó un enorme vacío de conocimiento que no se pudo cubrir hasta mucho más tarde, cuando empezaron a probar los mismos medicamentos en personas.[73] Resultó que el cuerpo de la mujer respondía diferente al del hombre, no solo en cuanto a la eficacia de los fármacos, sino también por lo que respecta a la aparición de efectos secundarios variados y adversos.[74]

También en este caso, el hecho de no incluir deliberadamente en los estudios a los sujetos femeninos deriva de la creencia de que sus fluctuantes niveles hormonales complican demasiado su estudio, a pesar incluso de que esa misma variabilidad biológica afecta directamente a la eficacia y los efectos de los medicamentos en los cuerpos de las mujeres en comparación con los de los hombres. A menudo, las soluciones que se proponen para contrarrestar la exclusión de las mujeres de las investigaciones biomédicas no son mucho mejores que el problema original; en una ocasión, los investigadores sugirieron experimentar primero con ratones macho y después hacer el ensayo con ratones hembra para poder comparar los resultados con los del macho, considerado el «predeterminado».

De algún modo, incluso el concepto de igualdad acaba imitando aquel mismo viejo paradigma que consideraba que los cuerpos y la biología de la mujer no tenían interés en sí mismos. Las mujeres son el otro, lo cambiante, la variación extraña y un poco defectuosa de una norma definida, y compuesta únicamente, por el hombre.

* * *

Corre el año 1973. Leora se alisa la falda oscura y cruza las manos sobre el regazo. Está esperando a que su médico deje de hablar, cosa que lleva haciendo un buen rato, con voz pausada, con delicadeza, haciendo pausas de vez en cuando para asegurarse de que ella sigue escuchando.

Ella no tiene ningún problema para seguir su explicación, desde luego —a fin de cuentas, es estudiante de Medicina precisamente—, pero el doctor le dice que es importante que comprenda la seriedad de su situación, ahora que las pruebas han dado positivo. Dice que sabe que es difícil, pero que debe aceptar lo que le dice, que es muy peligroso hacer otra cosa. Dice que su marido lo entenderá cuando sepa lo mucho que hay en juego.

—Pero no debes quedarte embarazada —asevera con tono sombrío y mirándola a los ojos.

Ella le devuelve la mirada. Le dedica un gesto igual de grave que el suyo.

—Demuéstralo —contesta.

El doctor se yergue como si le acabara de soltar un bofetón. De hecho, se ríe un poco, no porque le haga gracia, desde luego, sino de pura sorpresa.

—¿Perdona? —reacciona confundido.

Ahora es ella la que le sostiene la mirada. Ahora es ella la que habla lentamente, tomándose su tiempo. Es una situación seria. Es importante que él la comprenda.

—Cuando me hice el análisis de sangre para la licencia matrimonial, me dijeron que tenía sífilis.

—Tú no tienes sífilis…

—Pues claro que no. Eso les dije. Por eso he venido aquí, para demostrarlo, ¿no es así?

—Así es.

—Y aquí estamos. Las pruebas dicen que no es sífilis, que es lupus. Pero ahora tú me estás diciendo que el lupus es tan peligroso que no puedo plantearme tener hijos. —Respira hondo—. Y yo te repito lo que te he dicho antes: demuéstralo.

* * *

En inmunología, y en la medicina en general, se suele pasar por alto la perspectiva de las mujeres, pero es en relación con las enfermedades del sistema inmunológico cuando este punto ciego puede resultar especialmente catastrófico. Este tipo de enfermedades, en las que el sistema inmunológico del cuerpo confunde sus propios tejidos sanos con invasores externos y los ataca, resulta ser de los más complicados de diagnosticar. En algunos casos, no hay análisis de sangre que las detecte ni escáneres que permitan verlas; tan solo sirve el conocimiento que la paciente tenga de su propio cuerpo, su experiencia. Su voz lo es todo y, aun así, con mucha frecuencia, nadie la escucha.

Las mujeres tienen un 80 por ciento más de probabilidades que los hombres de sufrir una enfermedad autoinmune por razones que los científicos aún no han llegado a comprender.[75] Conforman el 80-95 por ciento de los pacientes con síndrome de Sjögren primario, lupus eritematoso sistémico (LES), cirrosis biliar primaria, enfermedad tiroidea autoinmune y esclerosis sistémica, y el 60 por ciento de los pacientes de artritis y esclerosis múltiple. En la mayoría de los casos, se han reconocido estas disparidades entre géneros, pero no se han estudiado; durante muchos años, la tendencia entre los médicos ha sido etiquetar estas diferencias como hormonales sin investigar más a fondo. En cuanto a las pacientes mujeres, su perspectiva ha permanecido infrarrepresentada por una multitud de razones: falta de interés, de investigación, de confianza por parte de los médicos que las atienden y falta de confianza en su propia capacidad de decir lo que piensan, hacer preguntas y exigir respuestas sobre su salud.

Leora, la paciente que en 1973 exigió una explicación cuando le dijeron que tener lupus significaba que era muy peligroso quedarse embarazada, es un caso excepcional. Por suerte, su doctor también, lo cual resultaría crucial.

«Le dije que no debería quedarse embarazada porque es muy peligroso para una enferma de lupus», relata Michael Lockshin.[76] Han pasado cincuenta años desde que Leora estuvo sentada en esta consulta; actualmente él es el director emérito del Barbara Volcker Center for Women and Rheumatic Disease del Hospital for Special Surgery de Nueva York, pero todavía lo recuerda como si fuera ayer. «En fin, no le hizo ninguna gracia. Era judía ortodoxa y no iba a tolerar eso de ninguna manera. Me dijo que tenía que demostrárselo. Así que empecé a investigar.»

La insistencia de Leora en que una investigación respaldara las órdenes del médico no solo cambió el curso de su vida —en el momento de escribir estas líneas, tiene seis hijos y diecisiete nietos —, sino también el de la vida de Lockshin. Al ver que había lagunas e imprecisiones en los conocimientos médicos sobre el tema, Lockshin centró su atención en investigar la interacción entre el lupus y el embarazo. Era un área muy necesitada de datos más fiables: desde la década de 1960, el consenso al que habían llegado los médicos era que el riesgo era tan alto que no valía la pena ni plantearlo, punto final.[77] Tan nefastos eran los posibles resultados de un embarazo en una mujer con lupus que dicho supuesto era una de las pocas circunstancias en las que estaba permitido practicar legalmente un aborto antes de la ley Roe contra Wade.[78]

En cambio, hacia 1983, investigaciones llevadas a cabo por Lockshin y otros revelaron que hay maneras de predecir las posibles y excepcionales complicaciones para el feto en este tipo de embarazos, de manera que las mujeres con lupus puedan tener hijos de forma segura bajo la adecuada supervisión de un médico.[79] El conocimiento consensuado que los médicos se habían estado transmitiendo de unos a otros y que había adquirido categoría de edicto era simplemente falso.

Para Lockshin, darse cuenta de lo equivocados que habían estado fue perturbador a la par que instructivo. Tras el trágico caso de otra paciente que desarrolló lupus de pronto durante el embarazo y falleció, el doctor asistió a una conferencia sobre la enfermedad:

«Básicamente, acabé dándome cuenta de que nadie sabía de lo que estaba hablando. No entendían la enfermedad. Ahí estábamos, en Harvard, lo mejor de lo mejor, y lo único que podíamos hacer era encogernos de hombros».[80]

Pese a que la existencia de doctores extraordinarios como Lockshin implica que cada vez haya menos encogimiento de hombros y más atención, sigue costando que las mujeres con enfermedades autoinmunes se sientan escuchadas. Muchas de estas enfermedades son indiferenciadas, lo que equivale a decir que no son clasificables, y, por la manera en que funciona en la actualidad el sistema médico, una enfermedad sin un diagnóstico oficial se convierte en un paciente sin un camino por el que avanzar.[81] Las personas que sufren de enfermedades indiferenciadas no se incluyen en los ensayos clínicos ni en otras políticas; estas mujeres, que se cuentan por millones, pasan inadvertidas en un sistema que no tiene los medios para registrar su existencia.

Siempre se le echa la culpa a que están muy liadas… Llegará un punto en que vendrá una mujer y dirá que no puede cuidar a su bebé, que no puede levantarlo en brazos. Y ahí es cuando alguien dirá por fin: «Vaya, déjame que les eche un vistazo a tus manos».

ELIZABETH ORTIZ,
doctora en Medicina, reumatóloga,
fragmento de entrevista, 2023[82]

Después de que se las haya culpado durante siglos de enfermar a los demás, no debería sorprendernos que también se responsabilice a las mujeres —o se les enseñe a culparse a sí mismas— de sus propios problemas del sistema inmunológico, ya sea acusándolas de fingirlos, de exagerarlos o de haber tomado malas decisiones que las hacen vulnerables ante la enfermedad. Elizabeth Ortiz, reumatóloga, conoce de primera mano cómo un sistema que trata a las mujeres con escepticismo las prepara

primero para dudar y luego las conduce a la desilusión: «La gente termina pasando de un médico a otro, y así se escapan cosas. No importa de qué enfermedad hablemos, siempre hay sufrimiento y perjuicio».[83]

Hace cien años, a Mary Mallon la acosaron, la arrestaron y la encarcelaron unos doctores que nunca le explicaron qué le estaba pasando de un modo que ella pudiera entender; sin duda la consideraban demasiado estúpida y asalvajada para participar de un modo significativo en sus propios cuidados médicos. Ortiz afirma que en la actualidad ella se encuentra cada día con casos de mujeres que llevan años poniéndose más y más enfermas mientras intentan desesperadamente encontrar un médico que hable con ellas de verdad. Una paciente, de treinta años y con una enfermedad autoinmune llamada «síndrome de Sjögren», había abandonado por completo la medicina tradicional después de que algunos doctores le diagnosticaran la dolencia pero no trataran los síntomas más problemáticos que padecía.

«Estaba desarrollando un síndrome de dolor que no estaban abordando y tampoco hablaban con ella. Ni siquiera sabía que tenía fibromialgia. Solo sabía que tenía Sjögren, que se estaba tomando las medicinas y que no mejoraba nada», dice Ortiz.[84]

Cuando acudió a verla a ella, la paciente había desarrollado una debilidad muscular tan severa que no podía caminar ni alimentarse sola. Ortiz cuenta que, cuando se puso a revisar la historia de la mujer, se echó a llorar: «Estaba ahí escrito, cómo le habían fallado. Nadie hablaba con ella. Nadie le explicaba nada».[85]

No cuesta ver cómo llegan a creer las mujeres que estar enfermas es culpa suya y además un problema que ellas tienen que resolver, ni cómo esto abre una brecha por la que se cuelan practicantes de medicina sin ética que venden autoayuda y aceite de serpiente. De algún modo, es una variación del viejo cuento de la mujer dejada que descuida su higiene, con la diferencia de que esta vez no tienes que desinfectar tu casa ni tu vagina, sino tu actitud. En la década de 1980, un médico de Yale llamado Bernie Siegel publicó

un tratado sobre sanación, *Love, Medicina & Miracles* [Amor, medicina y milagros], en el que sugería que un sistema inmunológico débil era el resultado de la atrofia emocional de su propietario. Según él, si tenías la mentalidad adecuada, podías curarte desde dentro, por muy letal que fuera tu enfermedad: «Un sistema inmunológico fuerte puede superar un cáncer si no se interfiere con él, y el crecimiento emocional encaminado a una mayor aceptación de uno mismo y una mayor realización ayuda a mantener fuerte el sistema inmunológico».[86]

En mi propia práctica veo a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama metastásico que han recibido una regañina instándolas a mantener una actitud positiva, que eso es lo más importante —como si sobrevivir no fuera una cuestión que atañe a la medicina, sino a una higiene mental adecuada—. Esta idea tóxica domina la cultura y las clases sociales; he visto decirles a mujeres de comunidades religiosas que tienen que rezar para expulsar el cáncer y a mujeres de los círculos elitistas del bienestar intentar manifestar y visualizarse a sí mismas en remisión.

Resulta irritante, pero es también una manifestación de la historia: cuando se propaga la enfermedad, aunque sea por su propio cuerpo, se culpa a la mujer.

Sí, me dolía mucho el brazo
Y el cuello, en el mismo lado de la vacuna

Eso es bastante normal

Ya
Me pasa otra cosa

¿?

Tengo la regla
Y me están dando los PEORES calambres y sangro más que nunca en mi vida. Es horrible

Vale, eso sí que es raro

¿Qué?

¿Lo de la regla?

Sí

Porque a mí también me pasa

Fragmento de un intercambio en un chat
entre mujeres vacunadas, enero de 2021

En algunos campos, el legado del maltrato o la exclusión de que son objeto las mujeres en el mundo de la medicina se expresa en la actualidad de maneras sutiles.

La inmunología no es uno de esos campos.

En 2021, cuando las vacunas para el virus de la COVID-19 llegaban a los brazos de los estadounidenses de todo el país, empezaron a circular rumores de que producían un efecto secundario peculiar: además de síntomas leves como dolor, fatiga, escalofríos o fiebre, a las mujeres vacunadas se les alteraba el período o sangraban excesivamente.

En un primer momento, la respuesta de las autoridades sanitarias y la prensa fue llamarlas mentirosas, y no solo eso, también conspiranoicas negacionistas de la ciencia que alimentaban los sentimientos antivacuna que provocarían innumerables muertes innecesarias. Las mujeres que compartían historias de efectos secundarios que afectaban a su menstruación en las redes sociales eran ridiculizadas y objeto de burlas, y veían cómo les suspendían las cuentas por «desinformación»; PolitiFact etiquetó la controversia de «falsa» diciendo: «No hay datos que relacionen las vacunas con cambios en los ciclos de fertilidad de las mujeres».[87]

PolitiFact tenía razón en parte: no había datos como los descritos. Pero no se debía a que los datos no existieran, sino a que los investigadores no se habían molestado en recopilarlos.

He aquí otra vuelta de tuerca en la vieja costumbre de excluir a las mujeres de la investigación biomédica. En el caso de los ensayos de la vacuna para la COVID-19, sí que había mujeres entre los sujetos de investigación, pero, aun así, se siguieron dejando al

margen sus preocupaciones particulares y el funcionamiento específico de sus cuerpos. Nadie les preguntó si la vacuna había alterado sus ciclos menstruales. De hecho, en las investigaciones casi nunca se hace un seguimiento de cómo afecta un tratamiento a la menstruación a menos que esté específicamente relacionado con la fertilidad. Incluso hoy, lo más parecido a la inclusión de la mujer que existe en investigación médica es estudiarla como si fuera un hombre.

Tendría que pasar más de un año para que el *establishment* médico reconociera lo que muchísimas mujeres ya habían experimentado: que la vacuna de la COVID-19 causa alteraciones en la menstruación. Un estudio pionero llevado a cabo por mujeres científicas que habían observado estos efectos secundarios desde el principio revelaba unos datos pasmosos, incluso en poblaciones que no menstruaban de manera regular: de las personas encuestadas, el 71 por ciento de las mujeres que tomaban anticonceptivos y el 66 por ciento de las que estaban en la posmenopausia informaron de que habían experimentado un sangrado leve a las dos semanas de recibir la vacuna.[88]

Katherine Lee, la antropóloga biológica que dirigió el mencionado informe, describe con frustración aquellos meses en que los efectos secundarios menstruales se trataban como una especie de loca teoría de la conspiración, incluso por parte de periodistas que deberían haber estado a la altura.[89]

«Hablaban con un experto en enfermedades infecciosas cualquiera que no tenía conocimientos sobre menstruación y decían cosas como: "No existe ningún mecanismo plausible por el que pueda estar pasando algo así. No hay razones biológicas que lo motiven. No hay pruebas de que esté sucediendo», recuerda. Esto, combinado con el trato desdeñoso —o cosas peores— que se dispensaba a las mujeres que informaban de este tipo de efectos secundarios de la vacuna, condujo a una espectacular pérdida de confianza en las autoridades médicas en un momento crucial: «La gente decía: "No, tenía una regla rara. Conozco mi cuerpo. Sé lo que

está pasando. Sé que lo que pasaba no era normal en mí". Sienten que los médicos les están haciendo luz de gas».[90]

Es difícil no percibir los paralelismos entre este incidente y otros a lo largo de la historia, no solo en lo que respecta a la falta de interés de los investigadores por cómo afectan los tratamientos a los cuerpos de las mujeres, sino por la actitud paternalista de las autoridades sanitarias hacia las mujeres. Según Lee, a medida que los efectos secundarios de la vacuna en la menstruación se manifestaban de una forma tan evidente que ignorarlos era imposible, empezó a cambiar el discurso entre doctores y autoridades sanitarias: «El miedo que tenían era: "Ay, Dios mío, si le decimos a la gente que a lo mejor tienen reglas anormales, se preocuparán por la fertilidad y dudarán en si ponerse la vacuna, y bla, bla, bla».

En otras palabras, al enfrentarse con la realidad de que estaban equivocados —se habían burlado, habían menospreciado y silenciado las voces de las mujeres que habían identificado un genuino vacío en la investigación—, la respuesta de las autoridades fue no admitir el error ni corregirlo.

Les preocupaba que las mujeres se enteraran de cómo podía afectar la vacuna a sus cuerpos y no se comportaran como es debido.

* * *

El miedo a la enfermedad está muy arraigado en el ser humano. En el centro de la inmunología reside la terrorífica verdad de que compartimos el planeta con millones de organismos invisibles que sobreviven infectándonos, enfermándonos y matándonos, y de que la historia está plagada de ejemplos sobre cómo se ha utilizado a las mujeres de chivo expiatorio al que culpar de nuestra vulnerabilidad ante un enemigo tan pequeño que no lo podemos ver.

El fantasma de aquella mujer infame del siglo XIV que tenía el vientre plagado de mortífera podredumbre y que envenenó la

imaginación de los médicos de la época ha adoptado muchas otras formas a lo largo de los años. Ese fantasma es la ramera sifilítica de Martín Lutero. Es la cocinera inmigrante que aliña tus comidas con bulliciosas enfermedades microscópicas. Es la mujer que sigue las modas de principios del siglo xx y propaga la gripe por llevar los tobillos al aire. Es la chica divertida de los años cuarenta que parecía tan dulce y limpia, o el ama de casa de los cincuenta cuya dejadez respecto a una «higiene femenina adecuada» le provoca arcadas a su marido. Es la paciente de cáncer que no puede visualizar cómo su sistema inmunológico se recupera. Es la descuidada que permitió que entrara la COVID-19 en su casa porque no desinfectaba las compras con Lysol. Es la conspiranoica que no dejaba de decir que la vacuna le había alterado la regla.

Podría ser cualquiera. Podrías ser tú.

Y el cuerpo femenino, rebosante de mecanismos que todavía son un misterio para la medicina en una época ilustrada en todo lo demás, que tanto se alaba por su capacidad para crecer, criar, proteger y, con el tiempo, traer al mundo nuevas vidas, sigue siendo al mismo tiempo un recipiente en el que colocamos todo tipo de cosas: culpa, ignorancia, desinterés y miedo.

9

NERVIOS

SISTEMA NERVIOSO

Escuela de medicina de las locas del coño

De que todas las mujeres están locas no hay ninguna duda, es solo una cuestión de grados.

W. C. FIELDS, hacia 1940[1]

Fragilidad, tu nombre es mujer.

WILLIAM SHAKESPEARE,
Hamlet, 1603[2]

RECEPCIONISTA: ¿Cómo describe tan bien a la mujer?
MELVIN UDALL: Pienso en un hombre y le elimino la sensatez y la responsabilidad.

Mejor imposible, 1997[3]

¿Hay algún médico que crea que es bueno para una niña en edad de crecer estar tan ocupada [en aprender] siete u ocho horas al día? ¿O que está bien que utilice su cerebro tanto tiempo como un mecánico los músculos?

SILAS WEIR MITCHELL, doctor en Medicina, 1891[4]

Podemos inferir asimismo, a partir de la ley de la desviación de la media que tan bien ilustró el señor Galton en su obra sobre el genio hereditario, que [...] la media de la potencia mental del hombre es superior a la de la mujer.

CHARLES DARWIN, 1896[5]

¿Por qué las guapas siempre están locas?

JEFE WIGGUM,
Los Simpson, 1999[6]

Por eso la mujer es más compasiva y llora con más facilidad, es más celosa y quejumbrosa, más dada a la injuria y más contenciosa. La mujer también es más propensa a la depresión de espíritu y a la desesperación que el hombre.

ARISTÓTELES,
La historia de los animales, libro IX, siglo IV a. e. c.[7]

La experiencia de este manicomio no difiere, según he visto, de la de establecimientos similares a la hora de probar que la locura es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres [...]. Las sirvientas son, como es bien sabido, las más aquejadas de locura de entre todas las personas.

CHARLES DICKENS, 1852[8]

La histeria, como toda neurosis, comienza en las niñas con el cese de sus estudios y la completa incapacidad de aprender nada.

PIERRE JANET,
doctor en Medicina, 1913[9]

Por regla general, todas las mujeres son histéricas. Y todas las mujeres llevan en su interior la semilla de la histeria.

AUGUSTIN FABRE,
doctor en Medicina, 1883[10]

[La mujer] tiene la cabeza casi demasiado pequeña para el intelecto, pero lo suficientemente grande para el amor.

CHARLES MEIGS,
doctor en Medicina, 1847[11]

Respeto a las mujeres, pero esta zorra está loca.

DRAKE,
«Bitch Is Crazy», 2007[12]

Las mujeres son unas histéricas, no cabe duda.

Eso lo sabe todo el mundo, aunque ningún doctor haya formulado el diagnóstico en voz alta. Observan a las pacientes desde lejos, con las manos embutidas en los bolsillos de sus batas blancas, con una mezcla de pena, fascinación e inquietud. Algunos toman notas sobre posibles tratamientos, otros se limitan a mirarlas; son el público embelesado de este espectáculo médico que dura todo el día.

Una de las pacientes está acuclillada en la ducha, donde lleva horas apretándose una mano mutilada contra el pecho. La venda que llevaba esta mañana yace empapada a sus pies, destrozada por donde se la ha arrancado con los dientes en respuesta al canto de sirena de su compulsión. La mutilación es obra suya: tiene dos dedos ensangrentados y desgarrados, mordidos hasta el hueso blanco y brillante que asoma por donde se ha arrancado la carne.

Hay una enfermera de pie a su lado con una venda nueva en la mano. Intenta cogerle la muñeca.

«Vamos, cariño», le dice con dulzura, pero la mujer aparta la mano de un tirón. Se lleva los dedos a la boca.

La enfermera se estremece mientras ella comienza a morder de nuevo.

Otra está teniendo un ataque, un temblor incontrolable se le ha apoderado de un brazo y una pierna, la mandíbula se esfuerza en formar palabras que no llegan a salirle de la boca. Se mira las manos temblorosas como si fueran de otro con los ojos suplicantes y abiertos de par en par. Únicamente consigue emitir unos balbuceos incoherentes. No importa, los doctores ya saben lo que le pasa, igual que saben lo que le pasa a la mujer de la ducha, a la que le habrán amputado los dedos antes de que acabe la semana. Es un trastorno nervioso, del tipo del que siempre se ha sabido que son tan susceptibles los cuerpos y cerebros femeninos. Se han escrito libros y más libros explicando que casos como estos, por sorprendentes que sean, solo reflejan la débil constitución y la capacidad latente para la locura de las mujeres.

Los médicos asienten entre sí. Observan. Suspiran. En privado, piensan que, por muy grande que sea el suplicio de las pacientes, podría ser peor: si este sitio fuera otro, como el infame hospital Pitié-Salpêtrière de París, donde el doctor Sigmund Freud escribió su trascendental conferencia sobre la histeria, estas mujeres no estarían ocultas en un pabellón. Las harían desfilar por el quirófano ante un público boquiabierto que pagaría un buen dinero por verlas.

Aun así, nadie dice la palabra.

«Histeria.»

De hecho, ya nadie dice esa palabra. Aunque quisieran, no se atreverían. Porque este sorprendente momento de la historia de la medicina no sale del hospital Pitié-Salpêtrière, ni de París, ni del siglo XIX. Sigmund Freud lleva muerto ochenta años.

Esto es Nueva York en 2023.

Pero en lo concerniente a cómo ve el sistema médico a las mujeres, algunas cosas nunca cambian.

* * *

Pese a que el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) no ha incluido la histeria en sus páginas desde 1980, la eliminación del término de la jerga médica no ha conseguido reducir su influencia.[13] De hecho, pocas ideas han influido tanto en las vidas de las mujeres —en la medicina, en la cultura, en la política y en la sociedad— como el arquetipo pseudocientífico de la mujer histérica.

Desde que los doctores llevan tratando a las mujeres, las han puesto en duda y tachado de tener una constitución que las hace desequilibradas, nerviosas, histéricas, ansiosas… La terminología cambia, pero la cantinela es la misma, y esto es cierto pese a que ha habido muchos otros avances positivos en el sistema médico. Pensemos en las pacientes de los párrafos anteriores, que estaban siendo tratadas en un hospital neoyorquino en 2023: si bien la pandemia del coronavirus había dejado el sistema médico en un estado algo caótico, estas mujeres tenían acceso a la mejor tecnología, a los tratamientos más avanzados y a médicos compasivos que no podían parecerse menos, en lo que respecta a actitud y formación, a los hombres que, en aquellos tiempos aciagos del pasado, hacían desfilar ante un público a las pacientes diagnosticadas e institucionalizadas con enfermedades nerviosas, como si de un circo de los horrores se tratase.

Y, aun así, cuando estos casos ponían a prueba los límites del conocimiento y la comprensión del médico, volvía a aparecer de pronto el espectro de la mujer histérica, un fantasma que reside en el engranaje de la medicina. Estas mujeres tenían orígenes diferentes, historias clínicas dispares y casi ningún síntoma en común, pero en las páginas de sus historias clínicas acababa apareciendo el mismo diagnóstico.

El problema, decían los doctores, era la ansiedad.

La verdad es que no tenían ni idea.

Desde un punto de vista biológico, el sistema nervioso humano es una red de comunicaciones que transmite las señales que lo regulan todo, desde el ritmo cardíaco al funcionamiento de los órganos o las sensaciones, no solo el tacto físico, sino las emociones, la inteligencia o el ánimo. Cuando funciona mal, es responsable de enfermedades como el Parkinson, la epilepsia, el TDAH, la ansiedad o el alzhéimer. Pero en lo que respecta a la historia de la medicina, el sistema nervioso desempeña un papel particularmente único: ha sido el chivo expiatorio en el que se han basado casi todas las teorías de por qué el cerebro de la mujer es fundamentalmente diferente, desquiciado y trastornado en comparación con el «ideal», que es el del hombre.

Como tal, cualquier consideración sobre la neurología de la mujer produce una cantidad vertiginosa de material, mucho más de lo que podría soñar con incluir en un solo capítulo. Podrían escribirse libros enteros —y, en muchos casos, ya se ha hecho— sobre cada uno de los personajes, entornos y teorías que aparecerán en las siguientes páginas. Pero, para el objetivo que nos ocupa, la mejor forma de entender el sistema nervioso no es viéndolo como un sistema biológico, sino como un prisma a través del cual se refracta cómo entiende la comunidad médica a la mujer. Este capítulo, en lugar de intentar un esbozo de la historia en su totalidad, se centra en los puntos refractarios más grandes, brillantes y afilados para luego alejar la mirada y observar cómo están conectados para formar la figura inconfundible de una verdad mayor y más terrorífica acerca de lo que ha visto y sigue viendo la comunidad científica cuando mira a una mujer.

Es una imagen que ha quedado expresada tanto en la literatura médica como en la filosofía, la literatura, las historias y las canciones; y, en una ocasión, también por Jerry Stiller en la película *La mujer de mis pesadillas*, cuando aleja a un abatido Ben Stiller de la mujer cuyo hogar acaba de allanar, en mitad de la noche, para

confesarle un amor que no es correspondido. En la frase está destilada toda la historia de la neurología femenina: «Están locas del coño, ya lo sabes».[14]

Todo en ella anuncia la histeria. El cuidado que pone en su aseo, el peinado, los lazos con los que le gusta adornarse…

DÉSIRÉ-MAGLOIRE BOURNEVILLE,
doctor en Medicina, 1878[15]

La primera foto jamás tomada a Augustine, al poco de su llegada al hospital psiquiátrico para mujeres Pitié-Salpêtrière en 1878, sorprende por su normalidad.[16] Podría ser cualquiera: una joven con un sencillo vestido oscuro, recostada en una silla con la cabeza ligeramente apoyada en una mano. El hombre que encargó el retrato la describiría más tarde como una actriz natural —una chica «activa, inteligente, afectuosa, impresionable y caprichosa»[17] que adora los lazos de colores vivos, los peinados complicados y «ser el centro de atención»—,[18] aunque nada de ello resulta evidente en esta fotografía decididamente formal en la que ella dirige al fotógrafo una mirada neutra acompañada de apenas un atisbo de sonrisa. Solamente su pelo, recogido en trenzas enroscadas sobre la cabeza, sugiere la existencia de esa otra Augustine, volátil y coqueta, que quiere ser el centro de las miradas: si ese pelo tan cuidadosamente trenzado puede deshacerse, también puede pasarle a la mujer que lo lleva.

Por fuera, el Pitié-Salpêtrière recuerda a una fortaleza de piedra, con una cúpula que sobresale de la capilla central a la altura de un pórtico enorme que hace de única entrada por donde atravesar su interminable frontispicio.[19] Han transcurrido meses desde que Augustine cruzó por primera vez aquella entrada, acompañada de una madre que no parecía muy preocupada de si los médicos podían curar a su hija siempre y cuando la dejaran confinada entre aquellos

muros. Fuera de su vista y de su mente. La madre rara vez ha venido a visitarla desde que Augustine se puso enferma por primera vez y, cuando lo ha hecho, no ha sido por amor, sino por su propio interés. Lo único que ella quiere, y siempre ha querido, es asegurarse de que su hija nunca le cuente a la policía lo que pasó realmente.[20]

Como si la policía la hubiera escuchado. Como si les hubiera importado. La madre no entiende que la verdad de lo que le pasó a Augustine ya se ha desvelado aquí, en este hospital, muchas veces. Se desvela cada vez que el aura resplandeciente de una crisis que se avecina le nubla la vista, cuando las convulsiones se apoderan de su cuerpo. Sus pies pedalean indefensos golpeando el colchón; sus manos se cierran en puños. Grita y patalea el aire, peleándose con un agresor invisible que solo existe en su recuerdo.

El hombre había sido jefe de su madre. Le puso una cuchilla de afeitar en el cuello a Augustine mientras la sujetaba.

«¡Cerdo! ¡Me estás haciendo daño!», grita ella.[21]

Los doctores han presenciado esta escena muchas veces y es imposible que no reconozcan lo que está pasando, pero ninguno ha sugerido jamás compartirlo con la policía. De hecho, en sus notas describen de forma explícita que la violación de Augustine «no es apta para ser publicada»[22] en ámbitos legales ni médicos, y que únicamente merece la pena documentarla en la medida en que un «inquisitivo estudiante de la naturaleza humana enferma y degradada» pudiera encontrar su relato esclarecedor.[23] Dentro de los muros de la Pitié-Salpêtrière, la niña histérica es más un objeto de interés que una persona; pasa la mayor parte del tiempo sentada o tumbada en una cama de hierro colocada junto a las ventanas, no para que pueda mirar fuera, sino para que siempre tenga luz suficiente que permita sacarle fotos, que, con el tiempo, se contarán por centenares. La cámara está al lado de la cama, siempre lista. La ha captado sonriendo y chillando, llorando y riendo, o inmóvil boca arriba y con la boca abierta, como una serpiente que ha desencajado la mandíbula. En una foto, Augustine, con el pelo suelto

y alborotado, posa mirando por encima del hombro, que lleva descubierto.[24] Mira directamente a la cámara, con los labios curvados esbozando una tímida sonrisa, pero es una rareza; en la mayoría de las imágenes, no parece darse cuenta de que la están fotografiando.

Esta es la atención que, insisten ellos, tanto le gusta a Augustine. ¿De verdad? Puede que sí, o puede que necesiten creer que disfruta. Tal vez esa sea la mentira que cuentan los médicos por su propio bien, para justificar la infinidad de horas que pasan toqueteándola, tirándole del pelo y pinchándola; hipnotizándola y clavándole agujas en la delicada membrana entre los dedos mientras ella permanece sentada impasible; u obligándola a ingerir trozos de carbón, que le ofrecen diciéndole que es chocolate. Observándola, siempre observándola, no con la mirada desapasionada del diagnosticador, sino con la mirada hambrienta del *voyeur*.

En cuanto a lo que de verdad siente, piensa o desea Augustine, es difícil de adivinar; lo es para los estudiantes de historia que la miran con pena, pero quizá también para ella misma. Bajo el hechizo de la hipnosis, de pie frente a una multitud congregada para verla actuar, le resulta imposible decir «no» o «para», y además se vuelve cada vez más difícil distinguir los deseos del doctor de los suyos. ¿Y qué sentido tiene saber lo que deseas cuando tus deseos han sido siempre desoídos?

¿Qué importancia tiene, cuando la gente tomará lo que quiera de ti, te guste o no?

Nos encontrábamos, en otras palabras, en posesión de una especie de museo de patologías vivientes cuyos fondos eran prácticamente inagotables.

JEAN-MARTIN CHARCOT,
doctor en Medicina, 1880[25]

Históricamente, la teoría neurológica de las locas del coño puede observarse tanto en la ausencia como en la evidencia: no ha habido en toda la historia de la medicina una sola vez en que alguien haya propuesto la teoría contraria de que las mujeres son el sexo más inteligente, cuerdo y sensato.

«Histeria», ese término paraguas para designar los trastornos femeninos que deriva directamente de la palabra griega para «útero», aparece descrita en esencia, si bien no por su nombre, en la literatura médica desde el Antiguo Egipto.[26] Hay papiros del segundo milenio a. C. que describen cómo el movimiento del útero dentro del cuerpo de la mujer provoca peligrosos trastornos mentales, incluidas las crisis convulsivas tónico-clónicas y los trastornos depresivos, que los doctores creían que solamente podían curarse recolocando el errático útero en su posición correcta o, en otras ocasiones, atrayéndolo mediante el uso de lo que solo puede describirse como una ridícula precursora de la aromaterapia.[27] Si el útero había migrado hacia arriba, los textos médicos indicaban que debían colocarse sustancias agrias cerca de la nariz de la mujer y otras de aroma agradable cerca de la vagina para atraer el órgano a su lugar correspondiente. (Miles de años después, la misma idea de que el útero responde a estímulos olfativos alimentaría la inclinación victoriana por colocar sales aromáticas bajo las fosas nasales de una mujer que se ha desmayado.)

Por otra parte, el término «histeria» apareció por primera vez en la obra de Hipócrates, en el siglo v a. e. c., de nuevo para describir una enfermedad provocada por el movimiento del útero, que, para entonces, se imaginaba no solo cambiando de ubicación, sino vagando por todo el cuerpo como una especie de animal insensato, sembrando el caos por dondequiera que iba.[28] Los griegos culpaban al incontrolable útero de todos los males: desde bloquear la respiración y el flujo sanguíneo hasta envenenar otros órganos presionándolos. Al igual que los egipcios, su procedimiento estándar para curar la histeria consistía en colocar algo repulsivo debajo de la nariz de la mujer con el fin de repeler el útero hasta la parte inferior

del cuerpo, aunque también pensaban que se podía devolver el órgano a su sitio estornudando. Cuando la teoría de los humores empezó a dominar en el pensamiento médico de la época, los doctores declararon que la constitución fría y húmeda de las mujeres provocaba que el útero fuera particularmente proclive a contraer enfermedades, sobre todo cuando la mujer no tenía una pareja masculina. En esta iteración, el útero se imagina más sensible, tan insatisfecho con su suerte en la vida que acaba deambulando por el cuerpo en un estado general de descontento.

También en este caso, como era de esperar, la cura recomendada para la histeria era el matrimonio y el sexo.[29]

De hecho, a lo largo de la historia, el diagnóstico de histeria ha demostrado saber adaptarse de un modo asombroso a las actitudes médicas y culturales en boga en cada momento. Los médicos medievales veían la histeria como un acto de la posesión demoníaca o incluso como los efectos de la brujería, aunque con el tiempo también se utilizó como argumento con el que defenderse de las acusaciones de esta última. Elizabeth Stover, una joven acusada de brujería en 1602, se libró del juicio después de que un médico llamado Edward Jorden testificara que sus síntomas —«asfixia de garganta, croar de ranas, siseo de serpientes [...] frenesí, convulsiones, hipidos, carcajadas, cantos, sollozo, llantos»— no se debían a sus escarceos con las artes oscuras, sino a los efectos de un útero descolocado.[30] En el siglo XVIII, cuando el *establishment* médico se convertía en el espacio donde blanquear las diversas inquietudes culturales que rodeaban la sexualidad femenina, la histeria se convirtió en el diagnóstico recurrente para las mujeres sospechosas de masturbarse.

En resumen, todo lo que estuviera «mal» en una mujer se le podía atribuir a la histeria, y así se hizo, sin piedad. Todos los médicos que aparecen en este libro acusaron a sus pacientes de ser histéricas de una forma u otra, y todas las mujeres que entraban en contacto con el sistema médico lo hacían bajo la sombra de la sospecha. La histeria definía el lugar de la mujer en el mundo, como

pacientes y como personas: el consenso era que el mero hecho de tener útero colocaba a las mujeres en una posición de desventaja biológica, debido a que ese órgano temperamental no podía evitar afectar el funcionamiento del cerebro. En 1828, un psiquiatra y experto en la locura llamado George Man Burrows expresó en voz alta el consenso médico de que la función del útero era, ni más ni menos, hacer de «barómetro moral y físico de la constitución femenina».[31]

«Sin embargo, las funciones del cerebro están tan íntimamente conectadas con el sistema uterino que la interrupción de cualquier proceso que este último tenga que desempeñar en la economía humana puede afectarlas profundamente», escribió.[32]

Para cuando Louise Augustine Gleizes, la adolescente que llegaría a ser conocida únicamente por su segundo nombre como la famosa histérica Augustine, apareció en el hospital Pitié-Salpêtrière a finales del siglo XIX, el conocimiento médico acerca de la histeria se había convertido en un impenetrable tapiz opulento tejido con influencias científicas y sociales. Como siempre, la barrera entre cultura y medicina era permeable; los psiquiatras del siglo XIX sentían una especial fijación con la Ofelia shakespeariana como estudio clínico de una histeria provocada por una adolescencia sexualmente turbulenta. En 1859, el doctor John Charles Bucknill, presidente de la Medico-Psychological Association (Asociación médico-psicológica), escribió: «Todos los médicos de la mente que tengan una experiencia moderadamente amplia han visto sin duda a muchas Ofelias».[33]

Tan influyente era la descripción ficcionada de la locura femenina creada por Shakespeare que incluso la apariencia física de Ofelia se consideraba importante desde un punto de vista médico. En la publicación original de *Hamlet* del *First Folio*, el descenso de Ofelia a la locura está simbolizado por su pelo: minuciosamente recogido al principio, suelto y despeinado tras perder el juicio. Esos tirabuzones caídos no tardaron en ser sinónimo del personaje de Ofelia, como en el célebre óleo decimonónico de la Ofelia ahogada

pintada por John Everett Millais, con el cabello despeinado flotando alrededor de su cabeza como un halo.[34] Sin embargo, no tardaron en convertirse también en sinónimo de la locura femenina como concepto.[35] No es de extrañar que los médicos de Augustine le dieran tanta importancia a la predilección de la joven por los tocados complicados, como tampoco que apareciera en tantas de aquellas famosas fotos con el pelo suelto y enredado sobre los hombros. El trastorno de Augustine la convertía en un formidable estudio clínico de la histeria, y además la joven tenía el físico para el papel.

En cuanto al Pitié-Salpêtrière, fue allí donde la idea de que el origen de la histeria era neurológico acabaría arraigando del todo, bajo el liderazgo del director médico Jean-Martin Charcot, quien aparece a menudo citado como el padre de la neurología moderna. Charcot dirigió el hospital psiquiátrico como laboratorio, hospital y anfiteatro a partes iguales. Parte de su trabajo en el centro se considera revolucionario: fue el primero en identificar y revelar la base neurológica de varias enfermedades, sentó los cimientos de algunos avances esenciales en el campo y ejerció de mentor de muchos de los doctores famosos que le irían dando forma. No obstante, la merecida reputación de Charcot como científico estaba reforzada por una imagen pública que tenía menos de doctor y más de director de circo, sobre todo en lo que respecta a su trabajo con pacientes histéricas. En palabras del propio Charcot, el psiquiátrico era «una especie de museo de patologías vivientes», o, en otras palabras, un circo de los horrores. Y el suministro inagotable de rarezas del museo personal de Charcot no estaba formado por objetos, sino por personas, especialmente mujeres, muchas de las cuales habían sido ingresadas en el hospital en contra de su voluntad.

En el Pitié-Salpêtrière, Charcot hacía desfilar a mujeres como Augustine delante de una multitud fascinada a la que mostraba el abanico de síntomas de la histeria y los tratamientos recomendados para su alivio, poco ortodoxos y, en algunos casos, violentos. Charcot afirmaba que una mujer histérica podía ser tratada

aplicando presión en las partes del cuerpo que él denominaba «zonas histerógenas», un nombre que suena bastante científico sobre el papel, pero que trasladado a la práctica significaba golpear los ovarios de las pacientes.[36]

Hay una pintura de una de sus exhibiciones que captura la atmósfera circense: Charcot, ataviado con traje negro y el cabello cano repeinado hacia atrás y remetido por detrás de las orejas, está de pie junto a una mujer desvanecida en brazos de un ayudante. Rodea la escena un público extasiado compuesto enteramente por hombres.[37] Muchos de los asistentes a las sensacionales conferencias de Charcot eran médicos y científicos, entre ellos Sigmund Freud, quien acabaría distanciándose de las teorías de Charcot sobre una histeria de origen neurológico al desarrollar su propia concepción del trastorno, que creía enraizado en la psique. Sin embargo, el carácter público de las demostraciones atraía también a visitantes con motivaciones menos honestas. Un día, en mitad de la actuación, Augustine miró a la multitud y vio entre los espectadores un rostro conocido que le devolvía la mirada sonriente. Era el jefe de su madre, el hombre que la había violado.

Había venido a ver el espectáculo.

Cabe señalar que Charcot no fue la única persona en convertir a sus pacientes en un espectáculo y al Pitié-Salpêtrière en una especie de atracción turística. Todo esto sucedía en la *belle époque* parisina, un momento de esplendor en lo que a innovación artística y progreso científico se refiere; un entorno propicio para que médicos predispuestos a transgredir los límites se inclinaran por lo teatral. Los manicomios no eran tanto un lugar para sanar, sino un zoo humano donde el público entraba y observaba boquiabierto a pacientes que a menudo habían sido instruidos para comportarse como locos estereotípicos, y actuaciones como la de Augustine llegaron incluso a convertirse en una inspiración para formas artísticas fuera de los muros del hospital, incluido un género de danza callejera que incorporaba a sus coreografías los movimientos propios de un ataque.[38] Si el arquetipo de la mujer histérica había

penetrado primero en los hospitales mentales a partir de Shakespeare, viajó con la misma facilidad desde hospitales como el Pitié-Salpêtrière hasta penetrar en la cultura dominante, afianzando en el consciente colectivo la idea de que las mujeres son inestables.

En cuanto a Augustine, se quedaría en el Pitié-Salpêtrière —como paciente, luego como empleada y, finalmente, como paciente otra vez— cinco años en total. La joven siempre fue uno de los sujetos predilectos de Charcot, incluso durante el período en el que supuestamente se había curado. Cuando el doctor descubrió que podía inducir sus episodios de histeria por medio de la hipnosis, siguió convocándola al anfiteatro para sus demostraciones públicas. Quizá no sorprenda que las cosas no tardaran en dar un tenebroso giro: Augustine tuvo una recaída y empezó a tener unos ataques cada vez más violentos, durante los que la sujetaban con camisa de fuerza, le comprimían los ovarios y le aplicaban terapia de electrochoque con poco éxito. Pese a su fama como sujeto de estudio de Charcot, es importante señalar que el doctor no logró ayudarla, y no debería sorprendernos que Augustine se cansara finalmente de estar encerrada entre los muros del Pitié-Salpêtrière. Los detalles de su vida posterior han quedado perdidos en la historia, pero sabemos que escapó. Se vistió con algunas prendas robadas, puede que fuera la ropa que se hubiera dejado algún doctor en prácticas; en cuanto al cabello largo y precioso que tanto había maravillado a sus médicos, o lo ocultó bajo una gorra o se lo rapó. Nadie la miraba. Nadie la persiguió.

Después de tantos años actuando ante el público como la paciente de Charcot —la famosa mujer histérica, la arquetípica loca del coño—, Augustine recuperó la libertad disfrazándose de alguien a quien el personal del hospital jamás cuestionaría: un hombre.[39]

Ella había utilizado como arma, aunque no con un propósito consciente definido, para conseguir llevar la razón en cualquier disputa que surgiera, los síntomas que se suelen clasificar de histeria; es decir: vómitos, síncopes y dolores sin causa física definida.

ABRAHAM MYERSON,
doctor en Medicina,
«Hysteria as a Weapon in Marital Conflicts»
[«La histeria como arma en conflictos maritales»], 1914[40]

La causa principal de este desarrollo y rapidísimo aumento del nerviosismo es la civilización moderna, que se distingue de la antigua por estas cinco características: la energía del vapor, los periódicos, el telégrafo, las ciencias y la actividad mental de las mujeres.

GEORGE M. BEARD,
doctor en Medicina, «American Nervousness,
Its Causes and Consequences: A Supplement to
Nervous Exhaustion» [«Neurosis estadounidense,
sus causas y consecuencias: Un complemento
al agotamiento nervioso»], 1881[41]

Una chica histérica es un vampiro que chupa la sangre de la gente sana a su alrededor.

OLIVER WENDELL HOLMES SÉNIOR, 1908[42]

La ausencia de una causa médica conocida o incluso de una definición consensuada de la histeria permitió que proliferaran un gran número de teorías para explicar en qué consistía y cómo debía tratarse. Las mujeres institucionalizadas en el Pitié-Salpêtrière padecían con mucha probabilidad una gama de enfermedades que ahora reconocemos como epilepsia, esquizofrenia o TOC, pero en la época estos trastornos no tenían nombre ni se comprendían, lo cual significaba que los doctores trataban de diagnosticar y tratar una enorme variedad de trastornos a partir de poco más que las modas científicas de la época y sus propias predilecciones personales.

De ahí que una persona como Charcot, que creía que la histeria derivaba de una especie de fallo en la interfaz neurológica que

conectaba los órganos y el cerebro de la mujer, se centrara casi exclusivamente en las manifestaciones corporales del trastorno y se fijara poco en los antecedentes traumáticos de una paciente como Augustine como posible factor —o, ya puestos, en si era de mal gusto y desaconsejable desde un punto de vista médico golpear los ovarios de la paciente—. Por el contrario, el doctor Désiré-Magloire Bourneville, uno de los discípulos de Charcot, tenía unas ideas políticas más progresistas que las de su mentor y estaba más interesado en el modo en que las experiencias de la infancia podían afectar a la salud física y mental de un paciente. Se interesó por los pensamientos de Augustine, y no solo por sus síntomas, y gracias a él disponemos de tantos detalles sobre la historia de Augustine, lo que decía durante sus ataques, la relación con sus padres, incluso sus sueños.

Luego está Sigmund Freud, un ávido alumno de Charcot que tradujo personalmente la obra del doctor al alemán, e incluso le puso su nombre a uno de sus hijos, pese a decidir que la histeria no era un trastorno neurológico de los órganos femeninos, sino un acto de la represión sexual.[43] Lo cual, por supuesto, resultó ser un tema de gran interés personal para él, en el que basaría el trabajo de toda su vida.

Asimismo, desde finales del siglo XIX hasta principios del XX, cualquier debate sobre la histeria solía estar fundamentado en el consenso científico existente de que las mujeres habían evolucionado en seres menos inteligentes y más débiles y delicados. Fue en esta época cuando los científicos se afanaban en examinar los cráneos de las mujeres en busca de pruebas de su inferioridad, mientras que Charles Darwin, ni más ni menos, cavilaba que las mujeres eran más apreciadas como «[un] objeto al que querer y con el que jugar. Mejor que un perro, en cualquier caso».[44]

Los doctores no tardaron en ponerse de acuerdo en que la histeria femenina era una manifestación de esta inferioridad innata, provocada a menudo por un intento por parte de la mujer de subvertir de alguna manera el papel pasivo, doméstico y subalterno

que era su destino biológico. En este sentido, uno de los chivos expiatorios predilectos era la educación de las mujeres: en 1873, el doctor Edward Hammond Clarke, de la Facultad de Medicina de Harvard, lanzó una urgente advertencia a los educadores y progenitores sobre cómo el exceso de educación escolar causaría histeria en la mujer. Según él, no había modo alguno de que una mujer pudiera recibir la misma educación que un hombre «y mantener su salud indemne y disfrutar un futuro libre de neuralgia, enfermedad uterina, histeria y otros trastornos del sistema nervioso».[45] Clarke no solo estaba convencido de que la histeria era el resultado de sobrecargar los sistemas de la mujer con un exceso de actividad intelectual —el resultado de que la energía y los recursos del cuerpo se redirigieran al cerebro a expensas de los ovarios—, sino que atestiguaba que una de sus pacientes había estudiado hasta morir: «Creyendo que una mujer puede hacer lo mismo que un hombre, pues tenía esa fe, se entregó con noble aunque ignorante valentía a alcanzar los logros intelectuales del hombre a la manera de este y murió en el intento».[46]

La idea de que la histeria fuera el resultado de demasiado estímulo intelectual coexistía con protocolos de tratamiento que tenían por objeto hacer a las mujeres tan incultas, dóciles e inactivas como fuera posible, incluida la «cura de reposo» desarrollada por Silas Weir Mitchell, quien se especializó en el tratamiento de la histeria y la neurastenia, un trastorno relacionado con la histeria que significa, literalmente, «debilidad de los nervios».[47] El tratamiento de Mitchell consistía en confinar a las mujeres en una cama durante semanas o meses, alimentándolas a la fuerza con comidas pesadas y privándolas de cualquier salida creativa o intelectual de cualquier tipo. La cura de reposo destrozaba más que curaba, algo que Mitchell reconoció abiertamente: tras pasar meses confinadas en una cama sin nadie con quien hablar ni nada que hacer salvo mirar una pared, las mujeres estaban «encantadas» de obedecer cualquier orden suya con tal de que las dejara levantarse.[48] Resulta paradójico que tanto Mitchell como sus prácticas sean más famosos ahora por

inspirar la historia de terror de 1892 «El papel pintado amarillo», en el que una mujer pierde la cabeza poco a poco mientras su marido, que es doctor, la somete a una cura de reposo.[49] La autora, Charlotte Perkins Gilman, fue paciente de Mitchell y escribió el relato para desafiar las órdenes de su médico después de que la supuesta cura casi la volviera loca.

Aquí empieza a emerger un patrón. Las mujeres diagnosticadas de histeria en realidad padecían enfermedades de lo más diversas, tanto fisiológicas como mentales (salvo en las numerosas ocasiones en que no les pasaba absolutamente nada). Lo que tenían en común no era un trastorno, sino algo mucho más intratable: todas eran frustrantes para los hombres.

Las mujeres histéricas no escuchaban, no cooperaban, no se comportaban. Sus síntomas parecían tener su origen en el desafío: a las convenciones, a la etiqueta, a las demandas de su esposo o su médico y a ese papel de inferioridad que tan fehacientemente les habían asegurado los médicos que era el derecho de nacimiento que les correspondía en la evolución. Así pues, no es ninguna coincidencia que los tratamientos predilectos para la histeria a menudo incluyeran la restricción de las libertades de la mujer, ya fueran la de estudiar o incluso la de levantarse de la cama. Pero cuando estas medidas demostraron ser insuficientes para reducir los síntomas de la histeria —que a estas alturas se habían ampliado para dar cabida a las crisis de convulsiones tónico-clónicas, a estar cansada o a leer demasiadas novelas—, el *establishment* médico no tuvo ningún inconveniente en limitar aún más las vidas de estas pacientes recluyéndolas en minúsculas celdas con barrotes en las ventanas, guardias en las puertas y los alaridos de compañeras presas retumbando en los pasillos toda la noche.

En el hospital estatal de Trenton, Nueva Jersey, bajo el brillante liderazgo de su director médico, el doctor Henry A. Cotton, se está llevando a cabo la investigación científica más concienzuda, agresiva y

profunda jamás hecha en el campo de los trastornos mentales y nerviosos [...]. Hay esperanzas, muchas esperanzas, de cara al futuro.

The New York Times, 1922[50]

Helen, la mujer de la habitación al final del pasillo, ha empezado otra vez a caminar de un lado para otro. Sus pies, cubiertos con medias, no hacen ruido mientras recorre el perímetro de la habitación, pero, si miras al suelo, se ve el movimiento infatigable de su sombra a través de la estrecha rendija por debajo de la puerta. Los doctores solían rogarle que parara, que descansara, que intentara controlarse, pero eso era al principio, en 1911, cuando su padre la trajo al manicomio tras una serie de ataques de histeria. Ahora estamos en 1916 y ya se han dado por vencidos; una nota en su historia clínica la identifica como «paciente con demencia crónica».[51]

Si le preguntaras a Helen, te diría que tiene gracia: antes era enfermera.

En la habitación contigua a la de Helen, que no puede parar de moverse, está Amelia, que no se mueve en absoluto. Los doctores la han atado de pies y manos tras diagnosticarle una psicosis violenta, no porque le haya hecho daño a nadie, sino porque no dejaba de quitarse la ropa.

Enfrente de Amelia está Elaine, que sí hirió a alguien, o lo intentó al menos: persiguió a su marido con una barra de hierro tras enterarse de que el tipo se había estado gastando cincuenta dólares todos los meses para mantener a su amante en una casa de ladrillo rojo de Bensonhurst, el doble de grande que la casa donde vivía con ella, que llevaba quince años haciéndole la comida y remendándole la ropa. Su marido la abandonó en la puerta del manicomio y se largó sin decir ni mu. Su hermana, que vino a ocuparse de los hijos de Elaine, le escribió la semana pasada para decirle que el marido había cogido sus cosas y se había mudado a Bensonhurst.

En la habitación junto a la de Elaine está Margaret. Su esposo les pidió a los médicos que la curaran de su afición por leer novelas. Al lado está Ida, diagnosticada de fervor religioso. Al final del pasillo están Rose, Wilhelmina y Alice: histérica, histérica y psicótica.

* * *

Estas son las residentes del New Jersey State Hospital para el tratamiento de la demencia. Ninguna de estas mujeres padece el mismo trastorno, pero todas están aquí por la misma razón: este es el sitio en donde un hombre ha querido que estén.

Y cuando se vayan —las que lo hagan, claro, las que sobrevivan para regresar al otro lado de los altos muros de ladrillo del manicomio—, no serán las mismas que cuando entraron. El doctor, el que tiene la mirada penetrante y la mandíbula pronunciada, el que las espera tras la puerta del quirófano donde las llevan a rastras y chillando para operarlas, se encargará de ello.

Este lugar, y ese hombre, te arrebatan cosas. Tu tiempo. Tu libertad. Tus recuerdos. Tu dignidad.

Y los dientes.

Sobre todo los dientes.

* * *

Una vez establecido el consenso científico de que el mejor tratamiento para una mujer con un trastorno nervioso era encerrarla en un manicomio, el número de mujeres diagnosticadas con ese tipo de enfermedades se disparó, no por nada que estuvieran haciendo ellas, sino porque hubo un aluvión de peticiones por parte de los hombres, por lo general, maridos o padres, deseosos de aprovecharse de este correctivo médico para el comportamiento «anormal» de las mujeres (es decir: para cualquier comportamiento que los hombres no aprobaran).

Las razones alegadas para institucionalizar a las mujeres en aquella época eran de lo más variadas e incluían la depresión, la ausencia de ciclo menstrual, la lectura de novelas, el espiritismo, la indulgencia con los vicios, el estudio intenso, la menopausia, el fervor religioso, las trifulcas domésticas y las insolaciones. En casi todos los casos, sin embargo, las indagaciones sobre la cordura de la mujer las iniciaba un hombre próximo a ella. Los detalles de muchos de los casos son tan indignantes que cuesta darles crédito: hay mujeres que fueron encerradas por sufrir depresión posparto, por estar demasiado interesadas en el sexo o no lo suficiente, o incluso bajo el pretexto de que habían permitido que su marido mujeriego mantuviera relaciones sin preocuparse de ser descubierto. En un famoso caso de 1860, Elizabeth Packard, madre de seis hijos, cuerda y sensata, acabó ingresada en el manicomio por deseo de su marido porque ella no estaba de acuerdo con él; aunque esta historia, al menos, tuvo final feliz. Tras pasar dos años recluida en un hospital psiquiátrico estatal, Packard interpuso una demanda solicitando su libertad y ganó (e inmediatamente pidió el divorcio).[52]

Si bien este momento brindaba una especie de oportunidad a los maridos que querían librarse de sus esposas, fue todavía más ventajoso para los doctores que querían probar tratamientos invasivos y experimentales sin testar en pacientes que no se podían negar. Y, en esa categoría, pocos médicos hicieron tanto —y tanto mal— como el doctor Henry A. Cotton.

Cotton, médico formado en el Johns Hopkins, tenía solo treinta años cuando fue nombrado director médico del New Jersey State Hospital de Trenton en 1907. Por entonces estaba considerado uno de los médicos más dotados, innovadores y progresistas de su campo, y con razón: fue pionero en el tratamiento de la enfermedad mental y se pronunció con vehemencia en contra de la estigmatización de la enfermedad mental y de las prácticas abusivas que eran de rigor en los manicomios de la época, dos cosas que consideraba deplorables. Entre los cambios más importantes que llevó a cabo en Trenton estuvo la prohibición del uso de mecanismos

para limitar a los pacientes, como jaulas o camisas de fuerza, y la contratación de personal de enfermería formado exclusivamente por mujeres (según él, los hombres eran más proclives a tratar a los pacientes con dureza). Sobre todo, dijo que quería que los manicomios se dirigieran como si fueran hospitales, donde se trataría, y no solo se encerraría sin más, a los enfermos mentales: «¿Hay algún motivo por el que deban negárseles a estos pacientes los exámenes físicos, las interpretaciones y los tratamientos propios de un hospital general que tantas ventajas tienen para la población únicamente porque la infección que padecen les afecta el cerebro en lugar del corazón o las articulaciones?».[53]

Lamentablemente, las actividades de Cotton tenían un lado oscuro, ligado a una palabra clave de la mencionada cita: «infección».

El cargo de Cotton en Trenton coincidió con el descubrimiento y la proliferación de la teoría microbiana, que en su opinión era la clave tanto de enfermedades como la malaria o la fiebre tifoidea como también de las mentales. En cuanto a la histeria, Cotton argumentaba que otros doctores no la habían entendido. La solución no era comprimir los ovarios *à la* Charcot ni psicoanalizar hasta la extenuación *à la* Freud, sino localizar el nido oculto de los microorganismos causantes de la locura en el cuerpo: «Un modelo bacteriológico de la locura».[54] Elimina la infección y curarás al paciente, insistía él.

En ese momento fue una revelación. La prensa y la comunidad médica proclamaron que Cotton era un héroe; su método, que supuestamente había logrado una asombrosa tasa de éxito del 85 por ciento, se convirtió en toda una sensación. En 1922, *The New York Times* aplaudió su trabajo, pues lo consideraba «la investigación científica más concienzuda, agresiva y profunda jamás hecha en el campo de los trastornos mentales y nerviosos», y únicamente lamentaba que Cotton no hubiera impuesto sus curas antes y de un modo más agresivo.[55] Los propios pacientes reclamaban recibir tratamiento en el psiquiátrico de Trenton o, si no

podían ir allí, exigían que sus médicos adoptaran los métodos de Cotton.

Solo había un problema: su teoría de la infección focal era casi totalmente equivocada. Sus métodos innovadores no conseguían los mismos resultados cuando los probaban otros doctores. ¿Y su milagrosa cura para la locura? ¿La que todos querían probar? Consistía en quitarles los dientes a los pacientes; a veces algunos; normalmente todos.

Cotton no solo llevó a cabo estos tratamientos salvajes —y, desgraciadamente, del todo ineficaces— en mujeres; dado que había una cantidad mayor de mujeres pacientes —y, en particular, y como ya se ha dicho, de mujeres a las que no les pasaba nada—, las peores atrocidades las padecieron ellas. A pesar de que los dientes solían ser el primer objetivo, y el predilecto, de Cotton, no eran más que el principio. Una mujer que persistía en su histeria aun después de que Cotton le hubiera extraído los dientes podía perder a continuación las amígdalas, seguidas de la vesícula biliar, luego del estómago, del bazo, del cuello del útero, del colon y, finalmente, de los ovarios, aunque Cotton era extrañamente conservador en cuanto a los ovarios y recomendaba que se hiciera únicamente en «circunstancias extremas».[56] (Por desgracia para sus pacientes, para él «extremas» quería decir «si no mejora en unos meses».)

En algunos aspectos, Cotton había cerrado el círculo desde los tiempos en que los doctores intentaban curar la histeria con aromaterapia para volver a colocar el útero errático de una mujer en su sitio, salvo que ahora el útero no era el único órgano que podía volver loca a una paciente. Y gracias a los avances en técnicas quirúrgicas —por no mencionar el hecho de que él no necesitaba el consentimiento del paciente para utilizarlas—, nada le impedía perseguir posibles infecciones por el cuerpo de una mujer, bisturí en mano, cortando pedazos hasta curarla… o matarla.

Por increíble que parezca, Henry A. Cotton no fue el primer médico en postular una solución quirúrgica para la histeria. La asociación entre enfermedad nerviosa y anatomía femenina fue

popular a mediados del siglo XIX, lo que llevó a médicos como Isaac Baker Brown y Horatio Storer —a quien conoceremos en el capítulo dedicado al sistema reproductor— a sugerir que extirpar los ovarios, el útero o el clítoris a una mujer podía curarle la locura. Pero, pese a la gran cantidad de escándalos de este tipo que pueblan la historia de la neurología, el perpetrado por Cotton es especialmente grotesco. Su muy cacareada tasa de curaciones del 85 por ciento era mentira, por supuesto. De hecho, nada menos que el 30 por ciento de sus pacientes murieron y no hubo ninguna curación.[57] Aun así, siguió extrayendo dientes y extirpando órganos en nombre de la ciencia más de veinte años.

Probablemente, la duración de este escándalo se debió a que la reputación de científico innovador de Cotton, sumada a su genuina y profunda convicción de que estaba aliviando el sufrimiento de sus pacientes como ninguna otra persona, sin duda cautivaron la imaginación de la comunidad científica, de la prensa y hasta de los pacientes de tal manera que nadie quería considerar la posibilidad de que el doctor estuviera equivocado (y, por ende, ellos también). En cuanto a los detractores de Cotton, eran fáciles de ignorar, porque contradecían la opinión compartida de que el doctor era un genio, pero también porque la mayoría eran mujeres. Cuando unos cuantos colegas de profesión y psiquiatras intentaron dar la voz de alarma, se encargó una investigación al hospital de Trenton, pero enseguida fue suspendida por uno de los mentores de Cotton cuando se vio con claridad cuántos pacientes morían; dirigía la investigación una mujer, la psiquiatra Phyllis Greenacre. Un año más tarde, se inició otra investigación, en esta ocasión llevada a cabo por el Senado estatal de Nueva Jersey, y de nuevo fue saboteada por los indignados seguidores de Cotton. Según informó *The New York Times*, «eminentes médicos y cirujanos» se apresuraron a testificar que el hospital de Cotton «era la institución más avanzada del mundo en la atención a la demencia».[58] ¿Y las personas que testificaron que había arrastrado al quirófano y operado a unos

pacientes que entraban chillando y le pedían que parase? Eran antiguas pacientes y enfermeras, o sea, mujeres.

El doctor falleció en 1933 sin que se llegara a desacreditar su trabajo. Mientras vivió, se negó a barajar la posibilidad de que su supuesta cura no funcionase, y mucho menos que dañara a nadie. En todo caso, la investigación del Senado —durante la que muchas de las antiguas pacientes de Cotton testificaron que habían sido mutiladas por él sin su consentimiento— únicamente sirvió para aumentar su obstinación respecto a su convicción casi religiosa de las bondades de su obra: «Hay que tener en cuenta que solo perseverando, a menudo en contra de los deseos de la paciente [...], podemos esperar que nuestros esfuerzos den frutos. En estos casos, un fracaso empaña la teoría con la sombra del descrédito, cuando los motivos hay que buscarlos en que no se ha sido lo bastante radical».[59]

Al final, incluso ante la evidencia cada vez mayor de que había cometido un terrible error, Cotton no pudo hacer otra cosa que aferrarse con más ahínco a sus teorías… y a su fórceps. En 1926, mientras se llevaba a cabo la investigación del Senado, llevó a cabo otra serie de operaciones, pero no en el hospital ni a los pacientes a quienes había diagnosticado de histeria o psicosis o alguna otra enfermedad. Estas cirugías fueron diferentes, un testamento en vida de la fe inquebrantable de Cotton de que no se equivocaba y de que sus métodos eran justos.

Primero le quitó los dientes a su mujer. Luego a sus dos hijos.

Por último, desafiante, Henry A. Cotton introdujo el fórceps en su propia boca y comenzó a tirar.

Doctor Freeman: ¿Persiste alguno de tus antiguos miedos?

Paciente: No.

Doctor Freeman: ¿De qué tienes miedo?

Paciente: No lo sé. Se me olvida.

Doctor Freeman: ¿Recuerdas si estabas alterada cuando llegaste?

Paciente: Sí, estaba bastante alterada, ¿verdad?

DOCTOR FREEMAN: ¿Por qué era?

PACIENTE: No lo sé. Parece que se me ha olvidado. Ahora ya no parece importante.

Conversación entre WALTER JACKSON FREEMAN II,
doctor en Medicina, y una paciente lobotomizada, 1936[60]

Walter Freeman mete quinta, obligando al coche a acelerar por la autopista larga y vacía que se extiende ante él. Ya lleva recorridos muchos kilómetros y tiene muchos más por delante. Pese a todos los pacientes que ha visto en las últimas semanas, todavía le quedan muchos por visitar. Esta vez no es para tratarlos —ya es un anciano y hace tiempo que se jubiló—, sino para contemplar el legado de su obra como un hombre que, llegado el ocaso de su vida, se regodea satisfecho en un jardín al que le ha dedicado tiempo. Se detiene bajo un árbol que era un retoño cuando lo plantó, hace treinta años, y contempla atónito el robusto tronco y la extensa copa.

Sin embargo, las personas no son árboles y no se quedan donde las plantas. Por eso Walter se pasa el día viajando, cruzando el país de punta a punta para reconectar con aquellos cuyas vidas ha tocado.[61] A algunos sabía dónde encontrarlos, pues llevaba años en contacto con las familias. A otros los ha tenido que localizar tras cambios de vida, de empleo, de dirección… pero está encantado de hacerlo. Más que encantado, decidido. Necesita encontrarlos porque necesita verlo con sus propios ojos. Cerciorarse. Asegurarse, por última vez, de que cambió sus vidas para mejor.

* * *

No es que necesite certezas. Eso sería absurdo. Claro que los ayudó, ayudarlos es lo único que ha querido siempre.

Sus amigos y sus antiguos colegas se revuelven en la silla cuando él comparte estos pensamientos en voz alta. Apartan la

mirada o se quedan mirando el suelo, cualquier sitio menos los ojos de Walter. Pero ellos no lo entienden. No estaban allí. No pueden saber lo bonito, lo puro que fue presenciar el momento en que el sufrimiento se transforma en serenidad. Ellos no han visto jamás la calma absoluta que invadía el rostro del paciente en el momento en que la punta afilada del orbitoclasto atravesaba por fin el hueso orbital y penetraba en el lóbulo frontal.

Pero Walter sí lo vio. Y desde la primera vez, comprendió que ese sería el trabajo al que dedicaría su vida.

Ahora lo único que desea es contemplar ese trabajo con orgullo. Quiere mirar a todas las personas a las que ayudó a la cara y ver gratitud en sus ojos. Porque están agradecidos, sin duda. Siempre me reciben con una sonrisa, piensa, y eso seguro que significa algo. Y si hay algo un poco extraño en esas sonrisas, algo distante y vacío, como una casa con las luces encendidas donde no hay nadie, bueno, en eso no piensa Walter Freeman.

* * *

En muchos sentidos, el auge y la caída de la lobotomía frontal marca un punto de inflexión en la historia médica de la mujer: fue, a grandes rasgos, el último suspiro de una ideología que abogaba por las soluciones quirúrgicas para los problemas de comportamiento.

En su momento álgido, la lobotomía —mediante la cual los doctores introducían un orbitoclasto a través de la cavidad ocular del paciente y el cerebro para cortar conexiones del córtex prefrontal— recibió un trato muy similar a las extracciones dentales de Henry Cotton de diez años antes. Desde su aparición en la década de 1930, el procedimiento fue aplaudido por ser un avance médico atrevido e innovador, y el hombre que lo había inventado, un médico portugués llamado António Egas Moniz, ganó el Premio Nobel por su trabajo. Hasta se solaparon durante un tiempo aquel nuevo entusiasmo por la lobotomía y el antiguo por la bacteriología quirúrgica de Cotton. Agnes, la paciente con cistitis crónica que conocimos en el capítulo

dedicado a la urología, fue sometida a una lobotomía y además testificó que un doctor le había extraído los dientes porque «le estaban dañando los riñones».[62]

En cualquier caso, la lobotomía se postuló principalmente como una cura para trastornos mentales tales como los desórdenes nerviosos, la histeria y los pensamientos o los comportamientos desviados. Como era de esperar, se practicó de forma desproporcionada en mujeres, para quienes se recomendaba el procedimiento en los mismos supuestos por los que las encerraban en los manicomios. De hecho, la persona más satisfecha con los efectos de la lobotomía en una paciente solía ser el marido y no ella. Un estudio clínico de 1936, que incluye la escalofriante conversación citada anteriormente entre un doctor y su paciente lobotomizada, finaliza con lo que pretende ser a todas luces una nota positiva: «Su esposo dijo que ella era más normal que nunca».[63]

Sin duda esto debió de ser muy reconfortante para los doctores, que podían decirse a sí mismos que la pérdida de memoria, la ausencia de afectos y la mirada apagada de una paciente no probaban en absoluto que hubiera daños, era solamente su anormalidad, que había sido extirpada por fin.

En Estados Unidos, popularizaron la lobotomía los neurólogos Walter Freeman y James Watts. Un artículo publicado en la *Southern Medical Journal* y coescrito entre ambos en 1937 afirmaba que el procedimiento era una cura para todo tipo de enfermedades psiquiátricas, incluidos el insomnio, la tensión nerviosa, los temores y la ansiedad.[64] Aun tras admitir que las lobotomías provocaban cambios en la personalidad —«Cada paciente pierde algo en la operación. Algunos espontaneidad, otros brillo», escribieron—, las siguieron ejecutando y recibiendo por ello una amplia aceptación; de los dos, Freeman fue quien predicó con mayor ahínco las bondades del procedimiento.[65] En 1952, aproximadamente cincuenta mil pacientes se habían sometido a una lobotomía en Norteamérica, de ellos, unos cuatro mil a manos del propio Freeman.[66]

A diferencia de Cotton, a Walter Freeman le prohibieron en 1967 llevar a cabo la cirugía que con tanto fervor había defendido, después de que una paciente muriera por haberle introducido demasiado el orbitoclasto en el cerebro, aunque para entonces ya hacía tiempo que la lobotomía había perdido popularidad debido a que los daños que causaba eran cada vez más conocidos. Megan McArdle, de *The Washington Post*, describe este giro de los acontecimientos como «un hecho del que Freeman parece que fue muy consciente» y la misión de volver a visitar a sus pacientes, en la que se embarcó al final de su vida, como una búsqueda «de pruebas de los beneficios de la lobotomía, los suficientes para salvar su legado».[67] Al igual que Cotton, confrontar lo que había hecho, cuántas vidas y cuántos cuerpos había destruido, parece que era más de lo que Walter Freeman podía soportar.

En cambio, el *establishment* médico hacía tiempo que había pasado página.

Pese a que a principios del siglo XX los médicos habían intentado trazar una frontera clara entre la neurología y la psiquiatría, los dos campos siguieron estando interconectados, especialmente cuando se fue haciendo cada vez más plausible tratar los trastornos por medio de la química en vez de la cirugía. Las lobotomías perdieron popularidad rápidamente con la introducción en 1954 de un nuevo medicamento, la clorpromazina, que no tardó en saltar de los hospitales a la población cuando empezó a recetarse como un remedio que todo lo cura para unas mujeres que hubieran sido internadas treinta años antes por no acatar las normas culturales.[68] La única diferencia es que, en lugar de imponer la docilidad a las mujeres a punta de orbitoclasto o bisturí, ahora podías hacer que la ingirieran voluntariamente en forma de pastilla.

Un anuncio del sedante Meprospan de esta época ilustra cómo las compañías les vendían a las mujeres una domesticidad conforme a los roles de género disfrazada de medicina esencial: «Ha disfrutado de un estado de tranquilidad que la ha acompañado todo el día», reza la publicidad, que incluye imágenes de una ama de

casa de pelo negro que compra comestibles, prepara la cena y asiste a una reunión de padres del colegio de los niños.[69] Hay otro anuncio del mismo sedante, en este caso de la década de 1960, tras ser rebautizado como Miltown, que es todavía más explícito: «¿Se están convirtiendo la ansiedad y la tensión en la enfermedad ocupacional del ama de casa? Hay quien dice que no es realista educar a una mujer y luego esperar que se conforme con los Boy Scouts como salida intelectual».[70]

Un siglo después de que los médicos advirtieran de que una mujer que recibe una educación excesiva solo conseguirá ponerse histérica, aparece el mismo mensaje, aunque vestido con un envoltorio adaptado a un público moderno. Las mujeres habían ignorado la advertencia, habían perseguido la igualdad y una educación, y pagaban el precio por ello: ahora no podían sentirse satisfechas con lo que les había tocado en la vida, con su destino doméstico, sin la ayuda de medicamentos que atontaran la consciencia.

Y, a diferencia de las modas quirúrgicas que la precedieron, la idea de medicar a las mujeres para hacerlas complacientes —o, mejor aún, persuadirlas para que se medicaran solas— ha demostrado ser extraordinariamente resiliente en medicina, incluso después de que la histeria y los trastornos nerviosos fueran sustituidos en el vocabulario popular por ansiedad y depresión, e incluso mucho después de que la sociedad reconociera el beneficio para las mujeres de recibir una educación y trabajar fuera de casa.

En la actualidad, las mismas fuerzas que antaño impulsaban las prácticas salvajes descritas en estas páginas siguen sutilmente arraigadas en la neurología y la psiquiatría. El rango normal de las emociones humanas en una mujer quizá ya no se diagnostique como histeria, pero sigue patologizándose en entornos médicos contemporáneos: un estudio de 2004 señalaba que era cada vez más frecuente que se diagnosticara una enfermedad mental y se recetaran fármacos que alteran el ánimo a mujeres que se sentían infelices debido a problemas maritales, a la maternidad o a la

menopausia.[71] El alzhéimer afecta al doble de mujeres que de hombres y, sin embargo, solo el 12 por ciento de los fondos para investigación se invierte en proyectos centrados en ellas.[72] La esclerosis múltiple, un trastorno neurológico debilitante que afecta predominantemente a las mujeres, a menudo tarda años en diagnosticarse debido a que los doctores despachan los síntomas de las mujeres como simple cansancio, un tirón muscular o —en un caso indignante— un nervio pinzado por llevar pantalones muy ajustados.[73] Y en lo que respecta a la gestión del dolor, las mujeres —sobre todo las pobres y las pertenecientes a minorías— reciben muchísimo menos tratamiento.

No es difícil ver que estas deficiencias están ligadas a una retahíla de creencias antiguas y nocivas: las mujeres son unas *drama queens* (así que no hay que tratar su dolor, que no es para tanto); las mujeres no pueden manejar los rigores intelectuales y emocionales de la participación igualitaria en la sociedad (así que, cuando desarrollen una enfermedad degenerativa que les impida pensar o incluso moverse, no hace falta que las atendamos corriendo); las mujeres que tienen un comportamiento difícil o frustrante son, además de molestas, anormales (así que vamos a atiborrarlas de estabilizadores del ánimo, que será lo mejor para todos).

Por tanto, nos seguimos encontrando en un mundo donde mujeres a las que no les pasa nada son dirigidas a buscar soluciones médicas para problemas humanos cotidianos, mientras que se ignora a las mujeres que sí tienen verdaderos problemas.

* * *

Al principio, el caso de Miriam parecía un milagro.

Un ciclista golpea a una anciana que cruza la calle. La mujer sale despedida contra un contenedor, se golpea la cabeza con fuerza y cae inconsciente a la acera. Incluso antes de que llegue la ambulancia, una palpable preocupación se cierne sobre la multitud

congregada a su alrededor: es muy vieja, y muy pequeña, una de esas mujeres con cuerpo de pajarillo a las que parece que una simple brisa se las va a llevar volando. Aún respira —gracias a Dios, por suerte queda ese consuelo—, pero alguien murmura que deberían acusar al ciclista de intento de homicidio y el comentario es recibido con un murmullo de aprobación. Esto es serio. Incluso si sobrevive, seguro que se ha roto la cadera, una pierna, varias costillas.

Pero no; más tarde, ya de noche, Miriam sale del hospital sin otros daños que una pequeña abrasión de asfalto y una clavícula rota. El TAC no revela ningún trauma craneal, ninguna hemorragia cerebral; los rayos X no indican que haya ningún otro hueso roto. Los médicos de Urgencias dicen que ha tenido una suerte increíble y todo el mundo asiente. Mucha suerte. Es incluso un milagro.

Los moratones tardan un mes en sanar.

Hace falta menos tiempo para ver que hay algo que va muy mal.

Nadie mencionó el riesgo potencial de traumatismo craneoencefálico, pero es cada vez más evidente que Miriam lo sufrió en el momento en que impactó con la cabeza en el contenedor. Es del todo imposible encontrar a alguien que lo trate. Peor aún: nadie cree que lo tenga. Sus síntomas —siente un nerviosismo y una confusión fuera de lo común, y pierde todo el rato las llaves y se las encuentra luego dentro del botiquín del baño o en la bandeja superior de la nevera— son fáciles de ignorar, malinterpretar o minimizar para un sistema mal equipado para reconocerlos por lo que son. Dicen que es un trastorno de estrés postraumático o ansiedad o las consecuencias normales de la vejez, nada más; dicen que está reaccionando mal porque sufre un trauma emocional, porque la asustó que la tiraran de un golpe.

Dicen que tal vez puedan hacer que la vea un neurólogo, quizá, dentro de seis meses.

Cuelgo el teléfono.

Intento no ponerme a gritar.

Porque estoy a cargo del cuidado de Miriam, pero no porque sea mi paciente.

Miriam es mi madre.

* * *

En los meses siguientes al accidente de mi madre no me podía concentrar en nada que no fuera intentar asegurarme de que recibiera la atención que necesitaba. Pero desde entonces he llegado a comprender lo ilustrativo que es su caso a la hora de mostrar la privación sistémica de derechos que sufren las mujeres con problemas neurológicos dentro del sistema médico. El traumatismo craneoencefálico es uno de los trastornos neurológicos menos comprendido y estudiado en las mujeres, mientras que su impacto en deportistas profesionales varones ha sido objeto de una investigación por parte del Congreso, ha recibido millones de dólares en campañas de sensibilización y para investigación, y hasta se ha hecho una superproducción de Hollywood sobre el tema.

A diferencia de los jugadores de la liga profesional de fútbol americano, las mujeres que sufren un traumatismo craneoencefálico a menudo lo viven solas, y la dolencia se debe a un accidente o, en los casos más trágicos, a los malos tratos que reciben de su marido o su pareja. Cuesta encontrar estadísticas fiables sobre la incidencia del trastorno en mujeres, aunque, dada la tasa de violencia doméstica, es razonable asumir que millones de ellas han sufrido estos u otros traumas neurológicos en ese ámbito; muchas, en repetidas ocasiones. Y, a diferencia de los jugadores de la liga profesional de fútbol americano, las mujeres víctimas de este tipo de traumatismos no cuentan con los beneficios de un protocolo de su equipo ni de una campaña nacional de sensibilización que las anime a sanar. Muchas mujeres no acuden al médico, y las que lo hacen ven a menudo cómo se ignoran o ningunean sus síntomas porque el doctor no comprende lo que está viendo, porque no sabe qué tiene que buscar. No es raro que los sanitarios que acuden a las

emergencias den por hecho que las mujeres en situaciones de violencia doméstica están borrachas, colocadas o mentalmente trastornadas, cuando lo que les sucede en realidad es que han sufrido un traumatismo craneal.

En todos estos casos, la paciente no recibe una atención adecuada ni asesoramiento sobre cómo cuidar su lesión, lo que aumenta las posibilidades de que sufra consecuencias a largo plazo. Lo trágico del asunto es que, en esta área, las mujeres no solo alcanzan, sino que sobrepasan la paridad de género: si se deja sin tratar, el trauma es más debilitante si cabe para las mujeres que para los hombres.[74]

* * *

En los primeros dos meses de 2023, una serie de pacientes con el mismo problema acudieron a la consulta de la psiquiatra Allie Baker. Todas eran mujeres y todas padecían un síndrome de taquicardia ortostática postural, un trastorno causado por una disautonomía —o una afectación del sistema nervioso parasimpático— relacionada con la regulación de la presión sanguínea. (Como se menciona en el capítulo dedicado al sistema circulatorio, este trastorno también se conoce como «síndrome de Grinch» por su asociación con un corazón más pequeño de lo normal.) Todas experimentaban los síntomas habituales: mareos, síncopes, palpitaciones y dificultad respiratoria. Y todas ellas, en lo que vendría siendo la versión contemporánea de la teoría médica de las locas del coño, habían sido mal diagnosticadas; a una la enviaron por trastorno alimentario, a otra por depresión y a una tercera por un trastorno de pánico.

«Es alucinante. Ninguno de los médicos que las atendieron antes que yo pensó en hacerles una prueba de ortostatismo [una medición que compara la frecuencia cardíaca y la presión arterial de un paciente en posición decúbito, sentado y de pie]. Si entras en mi consulta, me tienes que demostrar que no sufres de disautonomía

antes de que empecemos siquiera a hablar de medicamentos y psicoterapia», dice Baker.[75]

En cierto modo, las pacientes de Baker han tenido suerte, ya que el verdadero problema médico que padecían fue identificado antes de que se adentraran en un infructuoso camino de medicaciones y terapia para tratar un trastorno psiquiátrico que no tenían. Pero, antes de que eso sucediera, cada una de ellas sufrió la culpa y la ansiedad de sentirse tan incapacitada físicamente por un problema que los médicos achacaban a una invención: «Eres una exagerada».

A pesar de que el *establishment* médico ha relegado justamente la palabra «histeria» al baúl de los recuerdos, las mujeres con un sistema nervioso disfuncional todavía reciben diagnósticos erróneos —y medicación que no necesitan— que dictaminan que padecen su equivalente contemporáneo: ansiedad. Una de mis pacientes, una mujer valiente llamada Stella que informó desde la primera línea de fuego en Afganistán antes de librar una exitosa batalla contra el cáncer de mama, vio cómo la trataban cinco años después como una caricatura de la fragilidad femenina.

«Se me paralizó un lado de la cara. Duró tres semanas, y me administraron una dosis alta de esteroides e hice todo lo que tenía que hacer, pero entonces empecé a tener otros síntomas», cuenta.

La enfermedad de Stella, conocida como «parálisis facial periférica» o «parálisis de Bell», había sanado, pero ahora se sentía mareada, agotada y experimentaba entumecimiento y hormigueo por todo el cuerpo; todos ellos síntomas de una posible disfunción del sistema nervioso. Sin embargo, cuando llamó a su doctor, un médico de cabecera al que llevaba acudiendo desde hacía años, la reacción de este la dejó atónita: sin pensárselo dos veces, por teléfono, le diagnosticó ansiedad.

«Le dije: "Me conoces desde hace diez años. He pasado un cáncer. He tenido ansiedad toda mi vida. Esto es otra cosa" —recuerda entre risas—. Le dije: "¡Ni siquiera ahora estoy ansiosa!".»

Al final, Stella padeció durante meses una debilitante fatiga además de otros síntomas mientras un médico tras otro le decían que solamente era ansiedad o un trastorno del ánimo o la abstinencia de los esteroides que llevaba meses sin tomar. Por fin pidió que la derivaran a una mujer neuróloga, que casi de inmediato descubrió en el cuerpo de Stella un nivel inusualmente alto de anticuerpos de Epstein-Barr, el virus que causa la mononucleosis.

Sus síntomas no eran ansiedad ni estaban en su cabeza; eran producto de un virus muy real del que había tenido un episodio en el instituto y que llevaba inactivo en su cuerpo desde entonces, hasta que algo había desencadenado su reaparición. Pese a que no podía hacer mucho más que tomar un antivírico y esperar que los síntomas remitieran, el mero hecho de saber lo que le pasaba y de que un médico la escuchara y la creyera no tenía precio.

Bridget Carey, la neuróloga que resolvió por fin el caso de Stella, dice que la confianza marca la diferencia. Los trastornos neurológicos son nebulosos y se manifiestan de forma diferente en cada paciente. «Tienes que dejarte llevar por la experiencia subjetiva de lo que significa estar en su cuerpo», dice. Pero la discrepancia surge en qué experiencia es la que se suele escuchar: «En mis treinta años de práctica, te puedo asegurar que con mucha más frecuencia son las mujeres las que acaban en mi consulta con un único diagnóstico erróneo de ansiedad».[76]

La falta de confianza en que las pacientes puedan describir sus síntomas con precisión o eficacia no es un problema de doctores concretos con sus sesgos individuales, o al menos no solamente. Como señala Allie Baker, la medicina contemporánea está diseñada para pedir —y obtener beneficios de— un diagnóstico rápido, y hay ciertos diagnósticos que permiten etiquetar al paciente, asignarle el protocolo de tratamiento alternativo, sacarlo de la consulta en quince minutos y pasar al siguiente.

«A muchas mujeres con unos síntomas determinados les recetan unos medicamentos que quizá los alivien periféricamente, pero no tratan el problema principal. Ni siquiera puedes entender el

problema principal o el que sospechas que es el problema principal en el nivel neurobiológico porque nuestros criterios son diagnósticos», cuenta Baker.[77] La digitalización de las historias clínicas no ha hecho más que empeorar la situación: muchos de los problemas neurológicos de las mujeres, además de difíciles de diagnosticar, son demasiado complejos para poderlos encajar en la rúbrica de la codificación médica disponible.

De esta manera, aun cuando no hay un deseo explícito de ignorar o apartar a las mujeres, un sistema que no ha sido creado para dar cabida a la incerteza acaba haciéndolo igualmente. Al consultar la literatura contemporánea para entender cómo ayudar mejor a las mujeres con problemas neurológicos, da la sensación de que estos trastornos, y las pacientes que los sufren, no existen.

La gran pregunta que nunca ha sido respondida y que yo no he sido capaz de contestar aún, pese a llevar treinta años investigando el alma femenina, es ¿qué quiere una mujer?

SIGMUND FREUD,
doctor en Medicina[78]

Para Sigmund Freud, quien creía que la histeria era un trastorno psiquiátrico producto de complejos sexuales originados en la infancia, las mujeres eran un misterio que él ansiaba —y nunca pudo — resolver. Su mentor, Jean-Martin Charcot, pensaba que ese mismo trastorno era un fenómeno puramente neurológico y trató a las mujeres como si fueran su colección personal de rarezas, un espectáculo que mostrarle al mundo. Es fácil encontrar textos sobre la obra de estos hombres, de los tejemanejes de lugares como el Pitié-Salpêtrière, y creer que ha llovido mucho desde entonces.

Pero entonces una se para a pensar en aquellas mujeres del hospital neoyorquino de 2023, en la que se había comido la mano hasta el hueso y, aun así, no podía evitar llevarse los dedos a la boca, en la que tartamudeaba y se retorcía en un intento inútil de

comunicarse con los médicos, que solo podían mirarla confundidos, y es muy difícil no llegar a la conclusión de que algunas cosas no han cambiado en absoluto.

A las dos mujeres de las páginas que abren este capítulo les ha fallado un sistema que las consideró una rareza, después un misterio y, por último, tan frustrantes que lo único que se puede hacer es despacharlas con un diagnóstico que vale para todo y garantiza que se las trate de algo, aunque no sea de lo que les pasa realmente. Pese a que los doctores ya no agrupan a los pacientes con epilepsia, traumas, diferentes trastornos psicóticos y agresividad común bajo el paraguas del mismo diagnóstico, y a que las mujeres ya no las encierran en contra de su voluntad en hospitales psiquiátricos únicamente porque su marido o su padre las considere «anormales», la forma en que el sistema médico responde a las mujeres complicadas tiene reminiscencias de aquellos días lejanos.

Y luego están las pacientes que recuerdan al legado de aquellas mujeres complicadas.

Su nombre es Roxy. Lleva sufriendo de epilepsia desde los quince años, los mismos que tenía Augustine en aquella primera fotografía de sus primeros días en Pitié-Salpêtrière. Como vive en unos tiempos más ilustrados, Roxy acabó en la consulta del neurólogo en lugar de encerrada en un manicomio, pero el neurólogo resultó ser un miembro practicante de la escuela de medicina de las locas del coño, y además de la rama que creía que una mujer con un trastorno neurológico podía curarse encontrando al hombre adecuado.

«El muy cabrón aconsejó a la madre que animara a su hija a mantener relaciones sexuales, que eso pararía los ataques. Eso sí que es caer bajo», dice Saadi Ghatan.[79]

Ghatan es jefe de neurocirugía del hospital Mount Sinai West y un experto en epilepsia de fama mundial. Roxy es su paciente, y llegó a él tras quince años de lucha con su trastorno. El neurólogo que creía que el sexo la curaría no fue más que el principio. La familia de Roxy era pobre y no podía permitirse un tratamiento para

sus ataques. La epilepsia le dificultaba mantener un empleo. Se enamoró de un maltratador y se quedó embarazada; la relación terminó el día que nacieron sus gemelas con varias semanas de adelanto después de que su novio la apuñalara y la tirara por las escaleras.

Pero eso es el pasado. Ahora Ghatan me enseña una foto suya con Roxy en la consulta después de que ella se recuperara de la exitosa implantación de un neuroestimulador para tratar la epilepsia. «Mira cómo le brillan los ojos», dice Ghatan.

Pero no hace falta que me pida que me fije. Puedo verlo. Es imposible no hacerlo. Ella mira directamente a cámara, de forma no muy diferente de cómo lo hace Augustine en su foto más famosa, pero, exceptuando ese detalle, las fotos tienen poco en común. No es solo que Roxy sea mayor, tenga la piel más oscura y el cabello más corto. Es la mirada. No es tímida, sino triunfal. Una victoria lograda con esfuerzo.

Roxy inició su viaje médico con una dura lección sobre cuánta ignorancia se esconde aún en los recovecos de la medicina. Podría haber sido peor, está claro; podría haberle tocado una época en que las mujeres como ella acababan institucionalizadas, lobotomizadas, sin dientes ni amígdalas ni órganos hasta quedar deshechas o morir. Ella, en cambio, tiene una nueva oportunidad de vivir gracias en gran parte a un médico que rompió el círculo, que la trató como a una persona, que vio su fiereza no como una anormalidad que había que corregir, sino como una fuente de fuerza.

Roxy lleva un tatuaje en el hombro derecho, junto a la cicatriz queloide del día en que su novio la apuñaló. Es una imagen dura: unas gotas de sangre brotan de la herida, hace tiempo curada, y de uno de los lados sobresale el mango de un cuchillo. Pero el golpe de efecto es la frase de debajo de la herida: «Te voy a rajar el cuello con el cuchillo que me has dejado en la espalda».

Y es ahí donde puede que diverjan realmente los caminos de Roxy y de su histórica *doppelgänger*.

Augustine, atrapada durante años en el hospital Pitié-Salpêtrière con unos doctores que la consideraban una novedad que mostrar en lugar de una paciente que sanar, solamente quería escapar.

Imagina cómo hubiera cambiado la cosa si hubiera querido venganza.

10

HORMONAS

SISTEMA ENDOCRINO

La resaca hormonal

Yo citaría tu monserga, de la que estoy convencido de que te arrepientes, como ejemplo típico de una mujer, normalmente controlada, sometida al severo desequilibrio hormonal del ciclo lunar periódico, lo cual demuestra los argumentos contra los que arremetes.

EDGAR BERMAN,
doctor en Medicina, cirujano y escritor
estadounidense, 1970[1]

De todos los sistemas orgánicos tratados en este libro, el endocrino puede que sea el menos visible y, en consecuencia, el más misterioso. Dentro del cuerpo, funciona como su economía particular, en miniatura y autónoma, que comercia con un único producto: las hormonas. Estos químicos —hay más de cincuenta en total— los fabrica el cuerpo en una glándula o un órgano, y luego son transportados a través del torrente sanguíneo hasta otra parte del cuerpo para hacer su magia —o causar estragos, según el caso— en todo tipo de fenómenos como el ánimo, el apetito o la temperatura corporal, así como en procesos como la pubertad o la reproducción sexual. La insulina, producida por el páncreas para regular los niveles de glucosa en el cuerpo, es una hormona; también lo son la melatonina, que regula el sueño, y la adrenalina,

que causa el aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial en momentos de terror, emoción o estrés. Y luego están, por supuesto, las hormonas sexuales: andrógeno, estrógeno y progesterona, que se fabrican en los testículos o en los ovarios.

Todos los cuerpos humanos, independientemente de su sexo, están inundados de hormonas por dentro; todos los seres humanos, independientemente de su sexo, producen las hormonas sexuales asociadas a los cuerpos masculino y femenino. Y, aun así, pese a la ubicuidad de las hormonas y al abanico de funciones que desempeñan, solo se les ha encasquetado a las mujeres la insinuación de que las hormonas las vuelven impredecibles, incompetentes e incapacitadas para ciertos tipos de trabajo, y solo se suele tachar a las mujeres de «hormonales» cuando sus emociones o sus comportamientos resultan inconvenientes.

Al igual que muchos logros en medicina, los avances en endocrinología de principios del siglo XX tuvieron unos efectos secundarios inintencionados y poco afortunados para las mujeres. El mismo sistema de pensamiento que llevó a la comunidad científica a examinar los cráneos más pequeños de las mujeres en busca de pruebas de sus limitaciones intelectuales innatas o a quejarse de que el útero fuera un hueco putrefacto tenebroso y enfermo condujo a conclusiones similares respecto a la función de las hormonas en el cuerpo. Era una conclusión en busca de hipótesis: los doctores ya «sabían» que las mujeres eran criaturas inferiores, por lo que cualquier diferencia biológica o anatómica entre sus cuerpos y los de los hombres tenía que ser uno de los factores que las hacían así.

En otros campos, esta mentalidad produjo verdaderos horrores, como aquellas cirugías innecesarias y atroces con que los médicos intentaban curar a sus pacientes extirpando las partes ofensivas (léase femeninas). Con todo, es posible que sean las primeras teorías médicas sobre el funcionamiento de las hormonas en el cuerpo femenino, a la postre desencaminadas, las que más hayan perjudicado la igualdad de las mujeres a ojos del sistema médico y de la sociedad en general. Un órgano al menos se podía extirpar; el

descubrimiento de las hormonas, en cambio, sugería que las mujeres siempre estaban inundadas de una potente mezcla de químicos que las volvía irascibles, estúpidas y emocionalmente inestables desde que entraban en la pubertad.

La creencia en un binarismo sexual entre hormonas masculinas y hormonas femeninas provocó que echaran raíces en la medicina tanto un paradigma sexista como un estado de ignorancia sobre el verdadero funcionamiento del sistema endocrino. Desde el principio, y durante demasiado tiempo, los médicos creyeron que únicamente había estrógeno en el cuerpo de la mujer y que este provocaba en ella unos efectos especialmente dañinos. Se exaltaban las hormonas masculinas, mientras que se vilipendiaban las femeninas. Se entendía que un hombre con un alto nivel de testosterona era viril, un guerrero, un semental; por el contrario, una mujer con demasiado estrógeno estaba loca, así de simple. Y, aunque la ciencia acabó comprendiendo que todas las hormonas estaban presentes en todos los cuerpos, ese relato —la teoría de las locas del coño aplicada a los cuerpos, las mentes y la biología de las mujeres— no fue tan fácil de descartar. No lo fue para los médicos ni para la sociedad y, lo que es peor, ni siquiera para las propias mujeres.

En 2004, yo era estudiante de tercero de Medicina y pasaba planta en cirugía en el Hospital General de Massachusetts, cuyas siglas, HGM, se decía a menudo en broma que significaban «Hospital Genial del Macho», debido a su enfoque superexigente y agresivo de la formación médica (hay que decir que el hospital ha mejorado en los últimos años en este aspecto, pero su reputación perdura). La noche que me tocaba con el equipo de Cirugía Traumatológica entraron de pronto en Urgencias un par de técnicos de emergencias con una camilla. Llevaban a una mujer atada, cubierta de sangre. Había sufrido un terrible accidente de coche: le había dado de lleno un conductor borracho que había invadido el carril contrario. Tenía los huesos rotos, el cráneo fracturado y el bazo perforado. Mientras el equipo de trauma trataba de valorar su estado a toda prisa, aunque de forma organizada, para determinar si podría soportar una

operación, vi en sus rostros el gesto apesadumbrado de quien se da cuenta de que las posibilidades de que la paciente sobreviva son mínimas.

Como estudiante en mi primera residencia, lo único que podía hacer era hacerme a un lado mientras llevaban a la paciente a quirófano e intentar consolar a la madre, que había acudido al hospital desde su casa, a varias horas de distancia, sin saber si encontraría a su hija viva al llegar. Cuando la joven salió por fin de quirófano y entró en la UCI, aún inconsciente, con el cuerpo lleno de vendajes y agujereado por múltiples tubos y monitores, su madre me llevó aparte y me rogó que la informara: ¿entendía lo que estaba pasado? ¿Iba a salvarse su hija? Estaba llorando y, un momento después, yo también, lo cual iba contra las normas.

Al verme llorando junto a la cama de la paciente, mi supervisor me llamó y me dijo, inclinándose hacia mí, con voz baja y seria: «Contrólate. No vas a durar en este trabajo si no puedes controlar tus emociones».

Y ahí es cuando murmuré, con la mirada gacha y secándome las lágrimas: «Lo siento. A veces el estrógeno me pasa factura».

Cuando recuerdo ese momento ahora, se me ponen los pelos de punta. No solo por lo poco que me costó refugiarme en el estereotipo tóxico de la mujer hormonal e inestable, sino por el modo en que mi supervisor asintió dándome la razón.

Aquella fue la primera vez que me permití ser cómplice de la perpetuación de un relato dañino que tiene su origen en el viejo e insidioso prejuicio del sistema médico contra el cuerpo de la mujer, pero no sería la última.

Sobre el líquido ovárico solamente diré que actúa con menos potencia que el líquido orquítico. No obstante, sesenta ancianas de París se han beneficiado de él según una doctora estadounidense.

CHARLES-ÉDOUARD BROWN-SÉQUARD,
doctor en Medicina, 1893[2]

Estamos en 1889 y al doctor Charles-Édouard Brown-Séquard le pesan todos y cada uno de sus setenta y dos años.[3] No es solo la debilidad propia de la edad lo que detesta, sino la indignidad que conlleva. Echa de menos aquella sensación de tener energía inagotable y una curiosidad insaciable, de poderse quedar en el laboratorio hasta altas horas de la madrugada, balanceándose ante el precipicio del descubrimiento científico hasta que —¡eureka!— se revela la verdad.

Era esta energía, esta sed de entendimiento, la que le había granjeado al doctor su reputación de innovador y, en sus momentos más extremos, de ser una especie de excéntrico. La idea de que ese vigor lo abandonaría algún día le había parecido inimaginable. Sin embargo, así está ahora: exhausto.

Cansado.

Viejo.

Lejos de correr de un sitio a otro, o de experimento en experimento, el doctor Brown-Séquard dedica ahora la mayor parte del tiempo a estar sentado: en casa, en el laboratorio, en el coche de su carruaje de caballos que lo lleva de un sitio a otro y donde siente que los huesos se entrechocan cada vez que pasan por un bache. Por la noche cena muy poco y se va a la cama exhausto para descubrir que es incapaz de dormir: otro irónico insulto que la naturaleza reserva a quienes están en el ocaso de sus vidas.

Charles-Édouard Brown-Séquard no sabe qué son las hormonas; de hecho, la palabra aún no ha sido inventada. Pero sabe lo que ha perdido y cree saber por qué. Seguro que no es coincidencia que la virilidad de un hombre, su fuerza, su masculinidad, siempre parezcan disiparse en el mismo momento en que empieza a decaer su potencia sexual.

Y seguro que, con el milagro de la ciencia moderna, hay algún modo de que el hombre pueda hacer retroceder el reloj y rellenar lo que se ha consumido.

El doctor Brown-Séquard cree que lo único que necesita es tiempo y determinación.

Y testículos de cobayas.
Muchísimos testículos de cobayas.

* * *

Pese a que el término «hormona» no formará parte de la jerga médica hasta 1905, la ciencia le ha estado dando vueltas a la idea de la función endocrina desde mucho antes sin acabar de entender qué era.[4] Los médicos eran conscientes de que extirpar los órganos sexuales tenía efectos poderosos en el comportamiento y en las características de los humanos y los animales, gracias en gran medida a la práctica de la castración y a la existencia de eunucos, de los que hay registros que datan del segundo milenio a. e. c.[5] Sin embargo, la comprensión del tema no avanzó mucho más hasta finales del siglo XIX, cuando Charles-Édouard Brown-Séquard decidió hacer preguntas diferentes.

Brown-Séquard fue un fisiólogo y neurólogo francés conocido por su brillantez y curiosidad, pero también por ser un poco bicho raro, sobre todo en cuanto a su participación en sus propios experimentos. Cuando era un joven científico que estudiaba el cólera durante un brote de la enfermedad en la isla Mauricio, en 1853, engulló el vómito de uno de sus pacientes con la intención de contagiarse: esperaba poder tratarse a sí mismo con un método experimental que había creado.[6] Ahora, en el final de su vida, Brown-Séquard tiene otro tipo de experimento en mente. Todo el mundo sabía lo que les sucedía a los hombres cuando les extirpaban los testículos, pero ¿qué pasaría si le inyectaras a un hombre con los testículos intactos, aunque envejecidos, las secreciones de unos testículos más jóvenes?

En lo que sería una suerte de prototipo primigenio de terapia hormonal sustitutiva, el doctor se inyectó durante dos semanas una mezcla de agua, semen, sangre y secreciones de los testículos machacados de un animal (para obtener esta última sustancia, probó primero con los testículos de un perro, pero después, por

razones desconocidas, cambió a los de una cobaya). Según él, obtuvo magníficos resultados: «Solo puedo afirmar que los dos animales han proporcionado un líquido con una POTENCIA asombrosa», declaró.[7] Su informe mostró que las inyecciones aumentaron su fuerza y su resistencia prácticamente de la noche a la mañana. ¡Podía subir las escaleras corriendo! ¡Podía levantar peso! ¡Podía proyectar un chorro de orina más lejos que antes y hacer caca con el vigor de un hombre con la mitad de sus años! «Incluso en los días en que estaba muy estreñido había regresado la potencia de antaño», escribió.

Si bien este libro se centra principalmente en las formas en que la medicina ha malinterpretado y vilipendiado a las mujeres —y Brown-Séquard sí se preguntó acerca de la posibilidad de replicar en menor medida sus resultados en las mujeres mediante inyecciones de secreciones ováricas—, este es uno de los casos en que los hombres no se libraron de la medicina experimental y los remedios de charlatanes que apelaban a sus mayores miedos e inquietudes. Hubo varios fallos en la investigación de Brown-Séquard, y, dada la minúscula cantidad de testosterona presente en el testículo de un perro —por no hablar del testículo de una cobaya—, es muy probable que el vigor renovado que afirmaba haber sentido se debiera a un efecto placebo. No obstante, eso no disuadió a algunos médicos de vender el «Elixir Brown-Séquard» a las miríadas de varones que lo demandaban con la esperanza de volver a ser viriles.[8] Únicamente los colegas de Brown-Séquard en la comunidad científica se quedaron impasibles: cuando el doctor presentó sus resultados, una revista médica se hizo eco del experimento, aunque no por considerarlo innovador, sino más bien una prueba de que cualquier profesor que supere los setenta debería jubilarse a la fuerza.[9]

A pesar de que Brown-Séquard no descubrió las hormonas ni consiguió controlarlas de manera eficaz, sus preguntas presagiaron el relato cultural dominante y sexista en torno a cómo afectan al cuerpo, además de provocar algo en el imaginario médico. Muchos

consideran sus investigaciones un catalizador de la endocrinología como campo. Entonces, igual que ahora, la idea de hacer retroceder el reloj del envejecimiento —especialmente en los aspectos que atañen al pene del hombre— ha sido de gran interés para la comunidad científica.

Durante las décadas siguientes, se fueron acumulando los avances en la investigación endocrinológica. El fisiólogo británico Ernest Starling acuñó el término «hormona» en 1905 tras identificar y trazar la ruta de la hormona digestiva secretina desde sus receptores en el intestino grueso hasta su origen en el páncreas.[10] A partir de ahí, los científicos empezaron a llevar a cabo un aluvión de experimentos para identificar las diferentes hormonas, a las que fueron poniendo nombre a medida que avanzaban, y sus funciones: adrenalina, insulina, hormona del crecimiento…

Y luego estaban, claro, la testosterona y el estrógeno. Esta última, que regula el ciclo menstrual de la mujer, fue descubierta y nombrada en 1920. Su etimología es reveladora: deriva del griego *οἶστρος* «oistros». Significa «loco deseo».[11]

Cuando se da en la mujer una sexualidad excesiva, que puede llegar a la locura sexual, debemos buscar una secreción ovárica excesiva como causa primaria de la afección; por el contrario, vemos que la secreción ovárica deficiente puede llevar a la melancolía, tal vez indirectamente.

WILLIAM BLAIR-BELL,
doctor en Medicina, ginecólogo, 1916[12]

Incluso antes del descubrimiento del estrógeno y sus efectos en el ciclo menstrual, hacía ya tiempo que los médicos sospechaban de los períodos de la mujer. Como se ha explicado en capítulos anteriores, la sangre menstrual se ha considerado sucesivamente tóxica, sucia y fuente de peligrosos contagios. La teoría de los humores consideraba los períodos una prueba de la constitución femenina proclive a la pérdida de fluido, que hacía a las mujeres

naturalmente susceptibles de sufrir desequilibrios corporales. A su vez, los médicos medievales creían que la menstruación provocaba todo tipo de enfermedades en la mujer, que era una sustancia «repugnante» que obstruía su cuerpo y envenenaba otros órganos, además de pudrir el pene de cualquier desdichado que se acostara con ella. Por supuesto, no tener la regla era también una amenaza: la ausencia de ciclo menstrual era una de las decenas de razones que alegaban los doctores para institucionalizar a las mujeres en contra de su voluntad.[13]

El hilo conductor de todo lo anterior es que la menstruación ejercía la función de conveniente chivo expiatorio médico: una y otra vez, los médicos la señalaban como la fuente fundamental de la impredecibilidad, la debilidad y la inestabilidad de las mujeres. (No ha ayudado a aliviar esta situación el pudor cultural que siempre ha rodeado la menstruación, una muestra del cual son los edictos religiosos que declaraban que las mujeres eran tan peligrosas durante la menstruación que había que expulsarlas de sus casas y apartarlas de otras personas hasta que dejaran de sangrar.) Incluso en el momento en que el movimiento por la igualdad de las mujeres en medicina y otras áreas empezó a coger fuerza, la idea de que el ciclo menstrual debilitaba a las mujeres seguía dominando de tal modo que la Facultad de Medicina de Harvard la citaba como uno de los motivos por los que no las admitía como alumnas, una política que se mantuvo en vigor hasta 1945.[14]

En 1876, la doctora Mary Putnam Jacobi, una de las primeras y más famosas médicas de su época, ganó el prestigioso premio Boylston de la Facultad de Medicina de Harvard con un artículo de 281 páginas dedicadas a las creencias sin fundamento de la comunidad médica sobre el ciclo menstrual.[15] Su ensayo, un intento de insuflar sensatez y perspectiva a un debate dominado por médicos varones, respondía de forma específica a varios hombres que aparecen en este libro, incluido Horatio Storer, un ginecólogo que conoceremos en el capítulo sobre el sistema reproductor. Storer había afirmado que las mujeres no podían ser doctoras a causa de

sus períodos, pues, según escribió, el ciclo menstrual «las incapacita para cualquier esfuerzo responsable de la mente y, en muchos casos, también del cuerpo».[16]

Jacobi desmontó minuciosamente argumentos como los de Storer: debatió la literatura fisiológica sobre el tema del momento, encuestó a más de 250 mujeres y midió las variaciones de pulso durante la menstruación para comprobar si las mujeres estaban estresadas hasta el punto de quedar incapacitadas por el período (resultó que no).

Pero no importó. Los líderes del discurso masculino en el seno de la comunidad médica lo habían apostado todo a la idea de que la menstruación tenía algo de patológico y, cuanto más aprendían sobre las sustancias que acabarían llamando «hormonas», más convencidos estaban. Años antes de que nadie supiera qué era el estrógeno, los doctores ya estaban bastante seguros de que los cuerpos y el comportamiento de las mujeres era controlado por sus órganos reproductores, en concreto, por las secreciones procedentes de los ovarios. Entre las personas que fueron punta de lanza de la defensa de esta teoría estaba William Blair-Bell, ginecólogo británico y autor de *The Sex Complex: A Study of the Relationships of the Internal Secretions to the Female Characteristics and Functions in Health and Disease* [El complejo sexual. Un estudio de las relaciones de las secreciones internas con las características y funciones femeninas en la salud y la enfermedad].

Blair-Bell, un hombre de barbilla pronunciada y ojos claros y juntos que recuerda ligeramente al actor James Cromwell, publicó su libro en 1916, cuando la medicina estaba a punto de descubrir el estrógeno y sus funciones relacionadas.[17] Por este motivo, su obra es profética en muchos sentidos, pese a rayar en lo absurdo en otros: Blair-Bell tenía el convencimiento de que las mujeres estaban controladas internamente por una sustancia insidiosa producida por los ovarios que denominó «secreciones ováricas».[18] En su opinión, un exceso de secreciones provocaba «locura sexual», mientras que una deficiencia devenía en melancolía.[19] Un síntoma capital de la

mencionada locura sexual era la masturbación, con la que Blair-Bell estaba obsesionado, igual que muchos otros doctores. Para prevenirla, recomendaba que la mujer se casara, a ser posible, nada más alcanzar la pubertad.[20]

Huelga decir que identificar la secreción ovárica que provocaba en la mujer un deseo loco era una preocupación de primer orden. En un estudio clínico, Blair-Bell describía a una paciente que había confesado múltiples aventuras amorosas, y razonaba que los ovarios hiperactivos de la mujer habían inducido en ella un estado temporal de corrupción moral. «Los estímulos sexuales eran tan elevados que hasta que no los satisfacía su sentido del bien y del mal quedaba totalmente anulado», escribió.[21]

Cuando por fin se descubrió el estrógeno —los científicos lo identificarían y nombrarían en 1920, y discernirían su composición química tras aislarlo en la orina de yeguas preñadas y mujeres embarazadas en 1929—, Blair-Bell y otros como él lo consideraron una reivindicación.[22] Él llevaba mucho tiempo diciendo que había una sustancia fabricada en los ovarios que volvía locas a las mujeres, y ahí estaba.

La guerra química entre las hormonas masculinas y femeninas es, por así decirlo, una réplica química en miniatura de la conocida guerra eterna entre hombres y mujeres.

PAUL HENRY DE KRUIF,
doctor en Filosofía, biólogo y escritor estadounidense,
hacia la década de 1940[23]

En un principio, el descubrimiento del estrógeno, junto con su equivalente, la testosterona, alimentó en el seno de la comunidad científica la convicción, equivocada pero absoluta, de que existía entre hombres y mujeres una división colosal: biológica, anatómica y química. Dicha convicción sería puesta en tela de juicio, pero nunca desmentida del todo cuando la investigación endocrinológica reveló

por fin la verdad: que las hormonas sexuales supuestamente femeninas también estaban presentes en los cuerpos de los hombres. Ernst Laqueur, a quien se atribuye el descubrimiento de la testosterona, ya era consciente en 1927 de que había estrógeno en los testículos masculinos, un hecho cuyas implicaciones apenas lograba comprender:[24] «Queda ahora demostrado que en todos los hombres está presente algo que es inherente al sexo femenino. No sabemos si lograremos determinar la tasa individual en cada hombre, en términos de un porcentaje de feminidad determinado», escribió. Sin embargo, es importante señalar que aún hoy la asociación cognitiva entre estrógeno y feminidad sigue intacta.[25] El siguiente avance llegó en 1934, cuando otro doctor llamado Bernhard Zondek publicó un artículo que revelaba la presencia de estrógeno en el cuerpo de los sementales. Claramente perplejo ante sus propios resultados, escribió: «Curiosamente, tras llevar a cabo nuevas investigaciones, parece que en la orina del semental también se eliminan grandes cantidades de hormona estrogénica. Solamente he hallado esta secreción masiva de hormona en el caballo macho y no en la hembra».[26]

Era evidente que la realidad científica tenía más matices que ese simple binomio de que las mujeres estaban inundadas de estrógenos y los hombres de testosterona, un hecho al que los investigadores se vieron obligados a enfrentarse a medida que aparecían nuevos datos, por no mencionar la existencia de la glándula pituitaria, la «glándula maestra» que regula el desarrollo sexual y reproductivo en todos los humanos. Pero la concepción sexista de las hormonas y su funcionamiento estaba tan consolidada que los médicos no podían concebir un mundo en el que el estrógeno ocupara un lugar natural en el cuerpo masculino. Consideraron su presencia una aberración que no tardó en dar paso a teorías de que el estrógeno volvía aberrantes —es decir, afeminados— a los hombres. Con el tiempo, estas teorías no se sostendrían por ningún lado —las pruebas que los doctores llevaron a cabo en hombres «afeminados» revelaron que no había en sus

cuerpos una mayor concentración de estrógeno que en los de los hombres con una masculinidad más convencional—, pero la inquebrantable creencia de la comunidad médica en un binarismo hormonal masculino y femenino hizo que resultara muy fácil desestimar los resultados que la contradecían.[27] De este modo, los doctores siguieron postulando que los hombres afeminados debían de tener un exceso de la misma hormona que provocaba que las mujeres fueran tan inestables, malhumoradas o sexualmente desviadas.

Conforme pasaron los años, los avances de las décadas de 1920 y 1930 dieron paso a cuestiones sobre cómo podía beneficiarse la medicina de todo este nuevo conocimiento endocrinológico, particularmente en lo concerniente a las hormonas sexuales. Y, si bien Charles-Édouard Brown-Séquard llevaba muerto años, parte de su espíritu —y de la fascinación que alimentaba sus experimentos— empezó a ganar adeptos en un debate, incipiente pero prometedor, sobre la terapia de sustitución hormonal. Los doctores empezaban a preguntarse si sería posible devolver el vigor a un hombre que se hubiera vuelto más blando, bien por su disposición afeminada, bien por las indignidades de la vejez, mediante infusiones de hormonas viriles y masculinas.

Sin embargo, a la hora de imaginar soluciones similares para las mujeres, sucedió algo interesante: la idea de una cura fue reemplazada por la de control. No solo el control de las molestas hormonas que las volvían locas, sino el de todos los procesos gobernados por dichas hormonas. Manipular los niveles de estrógeno de una mujer prometía controlar su estado de ánimo, sus deseos, su menstruación y su ovulación; y, en última instancia, también lo único que, entonces y ahora, hacía a la mujer simultáneamente más vulnerable y poderosa que el hombre: el embarazo.

Demasiados hijos, demasiadas peleas, demasiada ira han convertido a esta mujer en una esposa pesada y amargada, y al marido, en un abusón

egoísta.

Un hombre inteligente nunca planta más árboles de los que puede atender.

Raíces de felicidad, película del
Departamento de Sanidad de Puerto Rico, 1953[28]

Veinte años antes de hacer el descubrimiento científico que sería la piedra angular de la revolución sexual, el doctor Gregory Pincus fue una especie de niño prodigio: profesor de Harvard e investigador intrépido, conocido por ensanchar los límites del progreso científico y el buen gusto en lo concerniente a la endocrinología.[29] Su primer contacto con la fama le llegó en 1934, con solo treinta y dos años, tras anunciar que había producido una camada de conejos mediante inseminación artificial; y luego de nuevo en 1937, cuando produjo otro conejo, en este caso mediante partenogénesis, sin utilizar ningún gameto masculino.[30] El conejo sin padre, nacido de un óvulo que Pincus había «fertilizado» con una mezcla de solución salina y la hormona estrona, apareció en la portada de la revista *Look* y armó gran revuelo, pero el logro no tardó en verse empañado por la controversia y las críticas tras afirmarse erróneamente en los medios de ámbito nacional que Pincus tenía la intención de llevar a cabo una investigación similar en humanos.[31] Los periodistas se apresuraron a desmentir la idea de que las mujeres utilizaran los mismos métodos que Pincus para fecundarse sin la participación de los hombres.

«En otras palabras, no hay ninguna probabilidad de que las mujeres se hagan totalmente con el mundo, desterrando a los hombres, completamente prescindibles, a los campos de batalla donde podrían exterminarse convenientemente unos a otros», les

aseguró a sus lectores el *Santa Barbara News-Press* en un reportaje sobre los experimentos con conejos de Pincus.[32]

Él, por otro lado, no se desanimó. En 1938 ya se había convertido en una autoridad en hormonas sexuales y había publicado cerca de seis docenas de artículos sobre el tema. Además, estaba más interesado que nunca en ampliar los límites de la endocrinología aprovechando el poder de las hormonas para lograr un nivel sin precedentes de control del cuerpo humano y, en particular, de la reproducción, lo cual le hacía tener algo en común con los grupos feministas del momento, sobre todo con mujeres como Margaret Sanger, fundadora de Planned Parenthood, para quien la autonomía reproductiva era un tema clave.[*] [33] En la intersección entre la curiosidad científica de Pincus y el activismo de Sanger, surgió un objetivo singular: la invención de una píldora para prevenir el embarazo.

Pero aquí se presentaban obstáculos religiosos, culturales y legales. En Estados Unidos, la distribución de anticonceptivos —e incluso informar sobre cómo utilizarlos— estuvo prohibida por el Gobierno hasta bien entrada la década de 1960. El National Institutes of Health se negaba a financiar investigaciones esenciales de las ciencias reproductivas y hasta 1959 estuvo directamente prohibido asignar fondos para la investigación de la contracepción.[34] El único modo de estudiar estos temas era con dinero privado, a menudo bajo el disfraz de estudios de «fertilidad»; eso mismo hizo Pincus asociándose a otro biólogo llamado John Rock para empezar a experimentar con la manipulación de las hormonas de la mujer.[35] Los fondos para hacerlo, de dos millones de dólares, procedían de una filántropa llamada Katharine Dexter McCormick, quien había conocido a los doctores a través de Sanger. El interés de McCormick por la contracepción era, además de político, personal, y se remontaba a 1906, cuando había jurado no tener hijos por el temor a que heredaran la esquizofrenia de su esposo.[36]

Al igual que Sanger —y muchos de los primeros defensores de la contracepción—, McCormick tenía algo de eugenésica, y también

de pragmática rayana en la brusquedad: «¿Cómo podemos hacernos con una "jaula" de hembras que estén ovulando con las que experimentar?», preguntó en una ocasión.[37] Pero ella no era la única en busca de vacíos legales o de mujeres «enjauladas» con las que experimentar: los doctores Rock y Pincus esquivaron las leyes gubernamentales probando por primera vez su prototipo de la píldora anticonceptiva en internas del hospital psiquiátrico estatal de Worcester, en Massachusetts, con el pretexto de estar trabajando en un estudio sobre fertilidad.[38] Aquí Pincus ya iba un paso por delante no solo en el ensayo de medicamentos en pacientes que no podían dar su consentimiento, sino en cómo hacer de la píldora un fármaco que las mujeres llegaran a tomar voluntariamente. La progesterona contenida en la píldora interrumpiría totalmente el ciclo menstrual normal, algo que Pincus sospechaba que alarmaría a las mujeres. Así pues, por sugerencia suya, desarrollaron el régimen de dosis que se sigue usando en la actualidad: una pastilla al día durante veintiún días consecutivos y una semana de descanso para menstruar.

Crear una regla artificial que llegaba cada veintiocho días como un reloj le permitió a Pincus vender una ilusión innovadora a la par que insidiosa. Prometía liberarse totalmente del embarazo sin alterar el ciclo «natural» del cuerpo; lo que estaba haciendo, en cambio, era atiborrar el cuerpo de sus pacientes de unas potentes hormonas que alteraban fundamentalmente sus procesos biológicos y que tenían serios efectos secundarios.[39]

* * *

Pese a que a muchos de los doctores presentados en este libro les motivaba un deseo sincero —aunque profundamente paternalista— de ayudar a sus pacientes y se esforzaron por encontrar el equilibrio entre sanar a las mujeres y explotarlas, no parece que a Pincus le inquietara la posibilidad de que su innovadora investigación se cobrara la salud o la felicidad de sus sujetos. Cuando trasladó los estudios de los manicomios a la isla de Puerto Rico, donde podría

continuar con relativa libertad, alejado de los entrometidos agentes del Gobierno y utilizando a una población que solía padecer una pobreza extrema, estaba claro que las mujeres del estudio estaban sufriendo y que a Pincus no le importaba lo más mínimo. Las mujeres que habían tomado el prototipo se quejaban de hemorragias, coágulos, náuseas y migrañas. Tenían que someterse a citologías diarias y a biopsias invasivas mensuales de cuello uterino y de útero. En algunos casos, tenían que someterse a laparotomías, un procedimiento que consistía en abrir y separar la cavidad abdominal para exponer los órganos internos con el fin de que los investigadores pudieran observar los ovarios en tiempo real.[40]

No es de extrañar que las mujeres que al principio se habían prestado voluntarias con frecuencia se negaran a continuar, aunque aquellas que ponían objeciones o pedían abandonar los estudios solían ser reprendidas y avergonzadas, e incluso extorsionadas para seguir haciendo de conejillos de Indias. En 1955, uno de los socios de investigación de Pincus, el doctor David Tyler, un profesor de farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, consiguió reclutar a alumnas de Medicina para participar en los ensayos y acabó amenazándolas con suspenderlas cuando quisieron abandonarlos: «Le he dicho también a García que si alguna alumna era irresponsable [...] se lo tendría en cuenta a la hora de poner las notas», le escribió en una carta a Pincus.[41] Un año más tarde, la doctora Edris Rice-Wray, una médica misionera que dirigía la investigación de Pincus con mujeres de los bajos fondos de Río Piedras, escribió a Pincus con quejas similares: «Estamos teniendo algunos problemas con pacientes que dejan de tomar las pastillas. Algunas han tenido náuseas, mareos, dolores de cabeza y vómitos. Estos casos se negaban a seguir con el programa. Dos han sido esterilizadas. Uno de los maridos se ahorcó, desesperado por la pobreza».[42]

El tono de estas cartas es sorprendente y revelador: lejos de mostrar horror por los aprietos de las mujeres con las que experimentaban, lo que frustraba a los investigadores era que las

mujeres no se comportaran. Cuando los ensayos concluyeron habían muerto tres de las pacientes, supuestamente a causa de un ataque al corazón, pero, al no haber autopsias, también es posible que las mataran los coágulos de sangre u otros efectos secundarios relacionados con la píldora.[43]

Pincus acabó siendo criticado por sus colegas de profesión a causa del trato imprudente que dispensaba a sus pacientes, aunque no antes de publicar sus resultados en la prestigiosa revista médica *The Lancet*. (Una carta al editor decía: «Este uso de pacientes psicóticas crónicas, incapaces de dar o negar su consentimiento, como cobayas en estudios fisiológicos de este tipo debe de repugnar a tantos lectores como me repugna a mí».)[44] Tampoco parece que se tomara muy a pecho las críticas: en 1966, seis años después de que la FDA aprobara la píldora, Pincus restaba importancia a los riesgos para la salud asociados a la pastilla en *The New York Times*. ¿Y qué ocurría con las mujeres que se quejaban de padecer efectos secundarios? Todo estaba en sus cabezas, decía: «Algunos de estos efectos secundarios son mayormente psicogénicos. La mayoría ocurren porque las mujeres esperan que así sea».[45]

Ni que decir tiene que, si Pincus tenía algún recelo por haberse apresurado para sacar la píldora al mercado, seguramente se sentiría justificado por la popularidad de su invento. Dos años después de su salida al mercado, más de un millón de mujeres estadounidenses tomaban anticonceptivos orales.[46] Sin embargo, estas mujeres fueron, en muchos sentidos, tan conejillos de Indias como las reclutadas —o explotadas— por Pincus para los primeros ensayos del fármaco. En la década de 1960, la píldora contenía la enorme cantidad de 100 a 175 microgramos de estrógeno, así como también 10 miligramos de progesterona, suficientes para causar serios, y en ocasiones mortales, efectos secundarios.[47] Hasta 1969, año en que la periodista de medicina Barbara Seaman publicó *The Doctors' Case Against de Pill* [El caso de los doctores contra la píldora], los médicos no empezaron a reconocer que las altas dosis de estrógeno de aquellas primeras píldoras anticonceptivas ponían a las mujeres en

peligro de sufrir coágulos de sangre, ataques al corazón y derrames cerebrales.[48] Un año después se celebrarían varias sesiones en el Congreso para tratar el tema.

Algunos de los problemas técnicos que presentaba la píldora se han resuelto desde entonces: las fórmulas actuales contienen menos de 50 microgramos de estrógeno y menos de un miligramo de progesterona, lo cual disminuye en gran medida el riesgo de efectos secundarios mortales. Ahora bien, no se han examinado con la misma minuciosidad los mensajes originales de Pincus sobre la píldora ni el modo en que persuadía a las mujeres para que manipularan sus ciclos reproductivos con el pretexto de que a sus cuerpos no les ocurría nada que no fuera natural. Pese a la increíble libertad que ha dado a las mujeres durante más de sesenta años, la píldora anticonceptiva todavía arrastra un incómodo legado que empaña la verdad sobre la ciencia y los efectos secundarios que hay tras ella, y que a duras penas encaja en un panorama en que la información fiable sobre las hormonas femeninas ya es de por sí difícil de conseguir. Con mucha frecuencia, lo poco que enseñamos a las mujeres jóvenes sobre sexo y reproducción está más orientado a alarmar que a informar. Muchos programas de educación sexual, especialmente los diseñados durante el pánico al embarazo adolescente de la década de 1990, son engañosos con respecto a la ciencia de las hormonas y el embarazo porque intentan atemorizar a los jóvenes para que no tengan relaciones sexuales. El resultado es un mundo en el que a las mujeres se les enseña durante años que sus cuerpos son aterradores, incognoscibles e incontrolables, pero también que evitar el embarazo es responsabilidad suya y que se debe hacer a toda costa, y se espera que tomen la píldora casi automáticamente. Casi como un rito de iniciación. Casi como si para las mujeres fuera menos importante conocer su cuerpo que mantenerlo bajo control.

Un elevado porcentaje de mujeres [en la menopausia] que evitan una depresión severa o la melancolía adoptan un sentimiento anodino, como

de vaca, llamado «estado negativo». Es una extraña desgracia endógena [...]. El mundo parece cubierto por un velo gris y viven como dóciles criaturas inofensivas que se pierden la mayoría de las cosas importantes de la vida.

ROBERT WILSON,
doctor en Medicina, 1966[49]

Hay un hombre en la sala de espera de la consulta del doctor Robert Wilson en Park Avenue.

Este hecho ya es extraño de por sí. No solo la aparición inesperada de este desconocido, a última hora del día y sin cita previa, sino la cuestión de qué estará haciendo aquí un hombre de mediana edad sentado solo en la consulta de un prominente ginecólogo. El visitante también parece darse cuenta de que está fuera de lugar: no hay nadie más en la sala de espera; aun así, parece como si quisiera esconderse y se encoge en el asiento con pinta de sentirse incómodo, en un rincón y con el sombrero tan calado que el rostro, pálido y afilado, queda ensombrecido por el ala. Cuando Wilson le pide que pase a su consulta, le sorprende el modo en que el visitante se mueve. «Con gesto furtivo», lo describirá más adelante, aunque, claro, entonces él ya sabrá la razón que lo había llevado allí, así como los motivos que lo inquietaban y lo hacían mirar sucesivamente al doctor y al suelo, avergonzado.[50]

Ahora, en cambio, están sentados uno frente al otro en silencio, hasta que el visitante carraspea por fin.

Es su esposa, dice: «Me está volviendo loco».[51]

Le cuenta a Wilson que esta es su última parada, y su última esperanza: los demás médicos le han dicho que no pueden hacer nada, que así son las cosas para un hombre cuya esposa está pasando lo que todo el mundo llama eufemísticamente «el cambio de vida».

En ese momento, se lleva la mano al bolsillo. El objeto que saca es una preciosidad, con empuñadura ornamentada de piel marrón y

un cañón corto, negro y brillante, ideal para ser extraído deprisa sin que se enganche con nada, o, Dios no lo quiera, sin que se dispare por accidente. Wilson se estremece con el sonido cuando el visitante deja la pistola en la mesa y se vuelve a reclinar en la silla dejando el arma entre los dos para que el doctor la vea y comprenda que habla en serio.

«Si no la curas, la voy a matar.»[52]

* * *

Muchos años después, Wilson contará esta historia en las páginas de un libro sobre su vida y obra. Para entonces, el desconocido de la pistola estará muerto y su esposa, fuera de peligro desde hace tiempo, debido a que funcionaron los tratamientos del doctor. Sin embargo, cuando piensa en aquel momento, no lo recuerda como harían otros, como una interacción con un lunático del que tuvo suerte de escapar con vida. Más bien al contrario. ¿El extraño de mirada furtiva y revólver cargado, listo para asesinar a su esposa menopáusica con tal de no pasar a su lado ni un minuto más? Quizá Wilson no aprobara sus métodos —más adelante descubriría que el visitante era una figura ilustre dentro del crimen organizado—, pero no tenía dudas en cuanto a su locura:

«Era un hombre completamente racional», escribe Wilson en sus memorias.[53]

* * *

Pese a que es muy probable que el amenazante desconocido que visitó al doctor Wilson en su consulta de Park Avenue en algún momento de mediados del siglo XX no fuera consciente de ello, los sentimientos que albergaba con respecto a la menopausia de su esposa —si bien no el método con el que pretendía tratar el problema— estaban en sintonía con el consenso de la época sobre el

tema. Hasta hace bastante poco, prácticamente toda la literatura médica estaba de acuerdo en que la menopausia era un problema serio. Pero no por los debilitantes síntomas con que castigaba a las mujeres, sino debido a que afectaba a su comportamiento de un modo que irritaba a los hombres.

En el siglo XIX, Charles-Édouard Brown-Séquard se encontraba entre quienes creían que las mujeres que envejecían podían recuperar la vitalidad inyectándose «secreciones ováricas» tras quedarse sin óvulos. Sin embargo, incluso cuando no tenían ni idea de cómo tratar la menopausia, los médicos solían estar obsesionados con ella o, al menos, con lo molesta que era tenerla cerca. En 1871, el médico británico Edward John Tilt planteó la hipótesis de que la menopausia tenía la culpa de todo, desde el mal genio incontrolable hasta la cleptomanía o la «demonomanía»: la convicción de que te había poseído el demonio.[54] «Una paciente, de cuarenta y seis años, creía que el demonio le había colocado un cordón desde el pubis hasta el esternón», escribió. «Otra, de cuarenta y nueve, había padecido síntomas cerebrales desde la interrupción, a la edad de cuarenta, y creía que el demonio habitaba en su útero. Una tercera, de cuarenta y ocho años, declaró que el demonio residía en sus caderas.»[55] Tilt concluía que el origen de todos estos delirios demoniacos era la menopausia, aunque también se mostraba optimista por que sus pacientes mejoraran una vez que sus ciclos menstruales cesaban por completo.

«Cuando a las mujeres ya no las estorba una debilidad corporal que regresa periódicamente —escribió, refiriéndose a la menstruación—, tienen más tiempo disponible y, por razones obvias, están menos sujetas a dejarse llevar por una imaginación demasiado apasionada o por los salvajes vuelos de la pasión.»[56]

Aquellas «razones obvias» eran, por supuesto, que, aunque la menopausia volvía locas a las mujeres, tener la regla era aún peor.

Por razones igual de obvias, Tilt no tenía mucha idea de cómo aliviar los síntomas de la menopausia. Pero, finalmente, la endocrinología avanzó hasta el punto en que los médicos no solo

sabían qué eran las hormonas, sino que empezaban a entender sus aplicaciones médicas. El estrógeno y la progesterona ya se recetaban para las reglas irregulares o la menopausia prematura mucho antes de la llegada de la píldora anticonceptiva, y la terapia de sustitución hormonal (TSH) recibió la aprobación de la FDA en 1942. No obstante, aún tendrían que pasar veinticuatro años hasta que hicieran su aparición el doctor Robert Wilson y su libro, *Feminine Forever* [Siempre femenina], momento en que los médicos empezarían a concebir la menopausia como una enfermedad que había que tratar en lugar de como un infortunio inevitable que había que pasar. En la época en que recibió la inusual visita del desconocido armado, Wilson era uno de los pocos doctores que usaban TSH para tratar los síntomas de la menopausia.

Wilson no medía sus palabras cuando hizo su aparición en la escena de la endocrinología, en 1962, con la publicación de un artículo sobre la menopausia en el *Journal of the American Geriatrics Society*. El artículo estaba coescrito con su esposa Thelma y abría con un bombazo: «Es necesario aceptar la incómoda verdad de que todas las mujeres posmenopáusicas son mujeres castradas», rezaba la primera frase.[57]

Aun cuando las descripciones de Wilson de las mujeres menopáusicas como criaturas castradas, marchitas y sin interés por el sexo que pasaban flotando por la vida en un estado de disociación «insulso, como de vaca» sonaba un poco a mensaje de un foro de uno de los rincones más misóginos de internet, él fue prácticamente el primer doctor en tomarse en serio la menopausia como trastorno médico y solo sentía desprecio por quienes no lo hacían. «Incluso en la actualidad, muchos médicos, por lo demás reputados, ignoran los numerosos y agonizantes síntomas que con frecuencia acompañan el "cambio de vida" de las mujeres tachándolos de "estado mental"», reprochó a la comunidad médica que, en su opinión, dejaba sufrir a las mujeres por puro sexismo.[58]

«Vamos a darle la vuelta. Imaginemos que es el médico quien nota cómo se le van encogiendo los genitales año tras año.

¿Demostraría entonces la misma indiferencia ante la atrofia genital?»[59]

Y, pese a todo, incluso esa defensa feroz de las mujeres en la menopausia que lanza Wilson queda empañada por su paternalismo. *Feminine Forever* está dedicado a su esposa, lo que dio lugar a este nauseabundo fragmento del prólogo, escrito por el endocrinólogo Robert B. Greenblatt: «Como un galante caballero acude a rescatar a su bella dama, no en su hora de esplendor y florecimiento, sino en sus años de desesperanza; en un momento de la vida en que preservar y prolongar su feminidad es primordial».[60]

Sin duda, la idea de que la menopausia representaba, además de la pérdida del ciclo menstrual, la pérdida de la feminidad era esencial en la obra de Wilson. Para él, la TSH representaba, ni más ni menos, la restauración de la feminidad de la mujer. Por desgracia, la valentía de las convicciones de Wilson no se correspondía con una actitud diligente a la hora de desarrollar su investigación. El artículo que publicó en 1962 y su libro de 1966 estaban basados en el mismo trabajo, un estudio observacional, sin grupo de control, que solamente incluía a 304 mujeres de edades comprendidas entre los cuarenta y los setenta años. Después de aquello, parece que Wilson estaba más interesado en evangelizar sobre la TSH como tratamiento para la menopausia que en seguir estudiándola; *Feminine Forever* describe la terapia como algo parecido a una panacea: todo ventajas y ningún inconveniente. Y, respecto a las ventajas, los argumentos de Wilson en favor de las mujeres siguen estando inextricablemente enredados con otras preocupaciones más orientadas a los hombres. Según Wilson, con la TSH, la mujer menopáusica «será mucho más agradable y no se volverá aburrida y poco atractiva».[61]

Y luego está el tema del sexo. En este sentido, la mayor parte de las alabanzas de Wilson a la terapia se centran en su capacidad de hacer que la mujer responda lo suficiente para tener al hombre satisfecho, pero no llegue a estar tan cachonda como para irse a buscar la diversión a otro sitio. En un apartado se lamenta de las

pacientes que rechazan la TSH por miedo a que las convierta en ninfómanas: «El estrógeno nunca ha sido una amenaza para la moral de una mujer», escribe, insinuando, aunque no lo diga expresamente, que los hombres cuyas mujeres reciben el tratamiento no tienen que preocuparse por que les vayan a ser infieles.[62]

De algún modo, incluso en manos de un verdadero defensor a ultranza, el tratamiento para la menopausia se vuelve, una vez más, no tanto una cuestión de aliviar el sufrimiento de las mujeres, sino de hacer que sean una compañía más agradable para los hombres, incluso para el «completamente racional» capo del crimen que planeaba matar a su esposa si Wilson no podía curarla.

«El asesinato descarado puede ser una consecuencia de la menopausia hasta cierto punto excepcional, aunque no tanto como la mayoría de nosotros podría suponer», reflexionaba Wilson, quien a continuación procedía a explicar que los efectos secundarios de la menopausia eran tan desagradables para ambas partes que «a menudo daban como resultado el equivalente psicológico al asesinato en forma de relaciones familiares rotas y odio entre marido y mujer».[63]

En cuanto al capo del crimen que, dicho sea de paso, se estaba muriendo de tuberculosis, Wilson empezó a tratar a la esposa con inyecciones de estrógeno y, según él, respondió bien: «Su disposición mejoró notablemente después de tres semanas y no tardó en estar muy ocupada cuidando de su marido enfermo».[64]

Es digno resaltar cómo lo dice, la descripción de lo que ha mejorado. No su salud ni sus síntomas, sino su disposición. Sin duda Wilson estaría encantado con que su paciente se sintiera mejor, pero, en última instancia, lo más importante es lo que pensaba su esposo.

Y lo que le importaba es que ella volviera a ser el tipo de mujer que él insistía que fuera: cuidadosa, solícita, atenta a sus necesidades. Con un comportamiento irreprochable y controlada.

* * *

En la actualidad, el debate médico en torno a la TSH es mucho más tenso y complicado que en 1966. Esto no es del todo culpa del doctor Robert Wilson, aunque seguro que tuvo algo que ver, ya que su fervor evangélico por la terapia de sustitución hormonal superó casi inmediatamente la escasa investigación disponible sobre si era verdaderamente segura; una investigación que adquirió el brillo de ciencia establecida que no requiere más indagación. No es difícil ver por qué Wilson era reticente a plantear dudas acerca del tratamiento que él mismo había dado a conocer, prácticamente solo, y utilizado en miles de mujeres. De hecho, como muchos de los hombres que aparecen en este libro, él tenía un poderoso incentivo para no seguir haciendo preguntas. Wilson había logrado algo innovador, algo que cambiaría la endocrinología para siempre y que parecía estar cambiando de forma milagrosa las vidas de las mujeres que lo probaban.

JoAnn Manson, profesora del Departamento de Epidemiología de la escuela de salud pública T. H. Chan de Harvard, recuerda haberse sorprendido ante la inconsistencia de la ciencia que rodeaba la TSH cuando se licenció en Medicina en 1979. A las mujeres les daban el tratamiento al comienzo de la menopausia casi por costumbre. «Pero no había un ensayo controlado aleatorizado. No se entendían verdaderamente los beneficios ni los riesgos ni cómo afectaba a la salud la terapia hormonal», dice.[65]

Manson tenía motivos para preocuparse, si no por la TSH misma, sí por la falta de investigación al respecto. Cuatro años antes, en 1975, en la comunidad científica habían saltado las alarmas después de que varios estudios demostraran que tomar estrógeno durante la menopausia —el régimen terapéutico favorito de Wilson— estaba relacionado con un incremento significativo del riesgo de padecer cáncer de endometrio.[66] La buena noticia era que se trataba de un problema fácil de resolver: cuando los médicos añadían progesterona, una hormona que inhibe el crecimiento de las

células endometriales, a una mujer con un régimen de TSH, el riesgo de cáncer desaparecía casi por completo. Pero descubrir este riesgo desconocido ahora, casi diez años después de que Wilson y *Feminine Forever* anunciaran el estrógeno como una especie de panacea para todos los males de la menopausia, era perturbador: ¿qué más no sabíamos?

Tuvieron que pasar casi treinta años más para que sucediera otra calamidad, y no fue pequeña. La controversia partió de Women's Health Initiative, el mayor ensayo clínico aleatorizado de la historia en el que solo participaron mujeres, que hacía un seguimiento de los resultados en términos de salud de 160.000 mujeres posmenopáusicas en función de diversos factores.[67] En junio de 2002, empezó a extenderse un rumor entre la comunidad médica: parte del ensayo sobre la TSH se había suspendido prematuramente.[68]

El abandono de un ensayo clínico antes de lo previsto nunca es buena señal. En una rueda de prensa, Jacques Rossouw, director en funciones del WHI, anunció que el estudio había destapado algunos efectos adversos de la TSH que «superaban en importancia y en número a los beneficios».[69] Entre estos efectos se encontraba un riesgo estadísticamente significativo de sufrir un ataque al corazón, un derrame cerebral o trombos, así como un mayor riesgo de padecer cáncer de mama.

Aun cuando el riesgo de que cualquiera de estas afecciones aquejara a un individuo dado era, de hecho, extremadamente bajo, la respuesta general al anuncio fue el pánico, incluso dentro de la comunidad médica. En un especial de 2023 de *The New York Times* sobre la historia y el tratamiento de la menopausia, Manson describe cómo la TSH pasó de ser una cura milagrosa a una paria: «En el plazo de seis meses, las solicitudes al seguro para recibir terapia hormonal habían caído un 30 por ciento, y en 2009 ya habían caído más de un 70 por ciento».[70]

Pese a que nuevas investigaciones revelaron que la realidad de la TSH tiene muchos más matices —para muchas mujeres, los

beneficios del tratamiento superan con creces los riesgos—, el miedo que rodea la terapia ha demostrado ser difícil de mitigar. (Durante mi formación médica, del 2000 al 2011, el dogma dominante era que la TSH causaba cáncer y que nadie debería recibirla.)

Manson, junto con otro médico llamado Andrew M. Kaunitz, intentó enmendar la situación en 2016 con un artículo titulado «Menopause Management—Getting Clinical Care Back on Track» [«Gestión de la menopausia. Cómo volver a encauzar la atención clínica»].[71] Manson explicaba que era un asunto cada vez más acuciante: nuestra población está envejeciendo, millones de mujeres entran en la menopausia cada año y muchas de ellas siguen sufriendo síntomas debilitantes, totalmente prevenibles, que no solo acaban con su calidad de vida sino que además sobrecargan innecesariamente el sistema sanitario.

«Había en ese momento una enorme confusión, muchos malentendidos y algo de caos. El péndulo se había desplazado al lado contrario: la terapia hormonal es mala para todas las mujeres, hay que tirar las pastillas y los parches, ni se te ocurra tomarte ese veneno... Esa es la impresión que tenían las mujeres, y los médicos estaban abrumados. No se les había explicado con claridad que el riesgo absoluto era bajo, sobre todo en mujeres más jóvenes», dice Manson.[72]

La continua reticencia a recetar terapia hormonal para los síntomas de la menopausia sumada a que los médicos más jóvenes no conocen las investigaciones más recientes y exhaustivas sobre la eficacia de la TSH han creado un vacío devastador en el sistema médico que va acompañado de una cantidad inmensa de sufrimiento innecesario, así como de los charlatanes y vendedores de remedios inútiles que acuden sin falta a llenar el vacío. En su artículo, Manson y Kaunitz describen «un mercado en expansión de tratamientos alternativos sin probar ni regular», muchos de ellos ineficaces en el mejor de los casos y dañinos en el peor.[73]

En cuanto a si la falta de curiosidad por la TSH generó una situación peligrosa en la década de 1960, lo cierto es que el estado

actual del asunto —es decir, una parálisis temerosa, en la que es difícil encontrar información de calidad y, todavía más difícil, tratamiento— apenas puede considerarse una mejora. En ningún caso las mujeres obtienen la información, la atención o los cuidados que necesitan.

Estamos hechos de diferente manera, tenemos hormonas distintas. En el mundo en el que vivimos, entiendo que haya igualdad de derechos, y es maravilloso y estoy a favor de todo eso. No estoy a favor de que una mujer sea presidenta. Con las hormonas que tenemos, ni hablar de contar con la posibilidad de empezar una guerra.

CHERYL RÍOS,
directora ejecutiva de Go Ape Marketing, 2015[74]

Pese a que la endocrinología ha avanzado muy rápidamente desde los días en que Charles-Édouard Brown Séquard experimentaba inyectándose testículos machacados de cobaya, la comprensión moderna de las hormonas por parte de la medicina y la cultura, y en particular del efecto de estas en la mujer, sigue obstaculizada por el sesgo, las informaciones erróneas y la confusión. En medicina, competimos por hacernos con el control del cuerpo de las mujeres manipulando sus hormonas, pero, al mismo tiempo, despachamos sus problemas de salud con un «son solo las hormonas» y, por tanto, consideramos que no merecen investigación. En cuanto a la cultura, las mujeres reciben el mensaje de que las hormonas las vuelven malhumoradas, inestables e incompetentes, pero tampoco se las educa mucho ni bien en cómo afectan las hormonas a su cuerpo.

Y mientras que tratar las hormonas femeninas como una especie de chiste, incluso entre los profesionales de la medicina, claramente perjudica la salud de las mujeres, no solo las afecta a ellas. El año pasado, una colega envió a su marido al otorrinolaringólogo para que le viera un problema de ronquidos que

había empeorado tanto que la despertaba cada noche, aunque se pusiera tapones. La respuesta del médico: «Ah, no creo. ¿Cuántos años tiene tu mujer? Probablemente tenga la menopausia y por eso no duerme bien». Mi colega, que, de hecho, no estaba en la menopausia, envió a su marido al mismo doctor con una caja de sus tampones, sin usar, aunque no la habría criticado si hubiera sido de otro modo.

Por otro lado, la idea de que las mujeres están gobernadas por las hormonas sigue siendo omnipresente en la cultura, si bien es cierto que en una versión un poco más refinada. En general, ya no albergamos la idea de que las hormonas de las mujeres son algo así como un veneno para el cerebro que las vuelve inestables y las incapacita para desempeñar papeles de liderazgo. Han pasado más de cincuenta años desde que Edgar Berman, médico y político asociado al exvicepresidente Hubert Humphrey, evocara el fantasma de una «presidenta menopáusica» lanzando misiles en un ataque de ira hormonal para defender que las mujeres no son fiables para ocupar un alto cargo,[75] y, asimismo, hace menos de diez años que la revista *Time* declaró que Hillary Clinton estaba «en su mejor momento biológico» para el liderazgo porque había pasado la menopausia:[76] «Desde un punto de vista biológico, las mujeres posmenopáusicas son las candidatas ideales para ser líderes. Están en un momento excelente para manejar el estrés y no hay trabajo más estresante que la presidencia, desde luego».[77]

Puede que estas ideas preconcebidas sobre las hormonas no se vean en entornos médicos de la misma manera que antes, cuando médicos como Edward John Tilt sugerían que las «secreciones ováricas» convertirían a mujeres corrientes en cleptómanas iracundas con delirios de posesiones demoniacas, pero todavía ejercen una influencia indebida en el campo de la ciencia endocrinológica. En 2015 nada menos, unos investigadores seguían indagando seriamente en la posibilidad de que el ciclo menstrual de las mujeres tuviera efecto en sus opiniones políticas.[78] Que conste que la respuesta es negativa, pero esto es lo que sucede cuando la

comunidad científica sigue considerando la menstruación y las hormonas femeninas una especie de comodín biológico con efectos de lo más variados y misteriosos. Como señala la autora Rebecca Jordan-Young en su libro *Brainstorm: The Flaws in the Science of Sex Differences* [Lluvia de ideas: Las deficiencias de la ciencia de las diferencias entre sexos], la idea de que hay diferencias cognitivas intrínsecas entre hombres y mujeres es persistente debido a una convicción que existe entre neurocientíficos de que nuestros cerebros son moldeados por la exposición a las hormonas sexuales previas al nacimiento.[79] Es una de esas cosas que suenan a ciertas; si las hormonas son las responsables de dar forma al resto de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, de alguna manera tiene sentido asumir que esas diferencias permean hasta el cerebro. Y, sin embargo, es una suposición errónea: muchos de los estudios que pretenden demostrar la existencia de diferencias innatas entre los cerebros del hombre y la mujer no solo no consiguen ser replicados, sino que parten de una incomprensión fundamental del papel de las hormonas en las mujeres.

Esa incomprensión se hace patente en casi todas las conversaciones sobre endocrinología femenina, sean en torno a la menopausia, al síndrome premenstrual o al fenómeno conocido como «cerebro de mamá».[80] Incluso en una bienintencionada indagación científica sobre estos temas se percibe la influencia del ubicuo relato de que las hormonas idiotizan a las mujeres: los estudios en este campo acaban examinando el impacto de las hormonas a través de un prisma negativo en lugar de holístico. En un influyente artículo de 2023 acerca del «cerebro de mamá», publicado en el *Journal of the American Medical Association*, tres doctoras señalaban que «la idea de que la maternidad se forja a base de déficits de memoria y se caracteriza por un cerebro que deja de funcionar bien no es muy científica desde el punto de vista científico», y, aun así, casi toda la ciencia que investiga el impacto del embarazo y la maternidad en el cerebro se basa en esa hipótesis precisamente. ¿Cuáles son los efectos positivos, si los hay, del

embarazo en el cerebro de las mujeres? A nadie se le ha ocurrido preguntar, así que nadie lo sabe.

Por otra parte, la idea de que una mujer «hormonal» está estresada, malhumorada o menstruando —y no padece ninguna molestia médica real— puede entorpecer la capacidad de diagnosticar síndromes endocrinos que no tienen nada que ver con el ciclo menstrual. Los trastornos de la tiroides, por ejemplo, son prevalentes de manera desproporcionada entre las mujeres, pero a menudo se cometen errores de diagnóstico o no se diagnostican en absoluto porque no se les da importancia a los síntomas —fatiga, aumento de peso o depresión—, pues se considera que los provoca el estrés. La depresión posparto, por ejemplo, se ha vinculado con una inflamación de la glándula tiroides tras el parto y puede afectar a una de cada diez madres, nada menos, y sin embargo se suele despachar como un problema de salud mental en lugar de como una enfermedad. Para los veintisiete millones de mujeres aquejadas de enfermedades tiroideas cada año —es decir, el 90 por ciento de los pacientes totales—, esto es inadmisible.[81]

Pese a todo, esto es lo que sucede cuando el arquetipo de la mujer hormonal echa raíces tanto en la conciencia colectiva del momento como en el sistema sanitario: se acaba minimizando, no se le presta atención e incluso se ignora el papel vital y complejo que desempeñan las hormonas en la salud de la mujer. Doctores y pacientes hacen caso omiso de un sistema endocrino disfuncional por considerarlo un resultado inevitable y sin importancia («Son las hormonas, nada más»). Y las mujeres que padecen problemas endocrinos, ya sea un debilitante síndrome premenstrual o los síntomas de la menopausia, no reciben atención porque se consideran cosas normales y, por ende, intratables.

A fin de cuentas, todo el mundo sabe que las hormonas te vuelven loca.

Primer día siendo una chica y ya he llorado tres veces, he escrito un email feroz que no he enviado, he comprado por internet unos vestidos

que no me puedo permitir y luego, cuando alguien me ha preguntado cómo estoy, he dicho: «¡Bien!», cuando no era cierto. ¿Qué tal lo hago, chicas? ¿Bien? *Girl power*!

DYLAN MULVANEY, 2022[82]

Por muy incurable que siga siendo ese arquetipo de la «mujer hormonal», el debate cultural en torno a la medicina endocrina en general y las hormonas en particular ha cambiado en los últimos años: en la actualidad, la conversación ha mutado de tal manera que es igual de probable oír hablar de hormonas en el contexto de la transición de género como en el de la menstruación, la menopausia o la TSH. En mi práctica, tenemos que encontrar un equilibrio entre las necesidades de las pacientes transgénero con cáncer y su deseo de seguir tomando testosterona, un tratamiento que habitualmente se considera un salvavidas a la hora de aliviar la disforia de género, pero que está contraindicado en pacientes con cáncer de mama porque podría matarlas.

E incluso hoy, el debate actual en torno a las hormonas en el contexto de la salud relacionada con la afirmación de género sigue teniendo reminiscencias de otras épocas de la historia de la ciencia endocrina en las que la emoción de haber descubierto una cura que parecía un gran avance ha acabado por dejar rezagadas las investigaciones en formas que los médicos no supieron anticipar; en ocasiones, con resultados trágicos. En el momento de escribir estas líneas, hay varios países europeos que han reducido los protocolos médicos para la administración de bloqueadores de la pubertad y terapia hormonal cruzada en menores transgénero alegando una preocupante falta de datos sobre los resultados a largo plazo y el riesgo aparente de efectos secundarios graves; en Estados Unidos, donde la atención médica a las personas transgénero se ha convertido en un punto de inflexión en las guerras culturales, el debate es aún más tenso.[83]

Y, si bien gran parte de este tema sigue sumido en una profunda incerteza, no es difícil ver que el enorme aumento en las cifras de chicas adolescentes trans que solicitan terapia hormonal cruzada —en una clínica representativa, el aumento ha sido de más del 4.000 por ciento en ocho años— convive con la historia que la precede, en la que el relato dominante sobre las hormonas sexuales femeninas ha sido siempre y unánimemente negativo.[84] Seguimos teniendo dificultades a la hora de concebir las hormonas más allá de un binario sexual. El relato mayoritario en torno al estrógeno —que vuelve a las mujeres emocionales y locas— ahora lo defienden *influencers* de TikTok en lugar de excéntricos científicos locos, aunque permanece inalterado. Y tras cientos de años de consenso cultural y médico sobre cómo el estrógeno nos convierte en monstruos, quizá sea inevitable que una cierta cantidad de personas nacidas mujeres acaben rechazando esa perspectiva de convertirse en esa «mujer hormonal» inestable, incapaz y fuera de control.

Tenemos que asegurarnos de no estar arruinando a las mujeres en nuestro empeño por salvarlas.

KARA LONG ROCHE,
doctora en Medicina, máster en Ciencias,
miembro del Colegio de Obstetras y Ginecólogos
de EE. UU., cirujana ginecológica,
fragmento de entrevista, 2023[85]

Debido a mi práctica como oncóloga especializada en cáncer de mama, mi trabajo choca a veces con los esfuerzos históricos de doctores como George Pincus o Robert Wilson en lo que respecta a la medicina endocrina. El estrógeno, que desempeña un papel crucial en la regulación del ciclo menstrual y en mantener sano el cuerpo de una mujer, puede servir a un propósito secundario y más tenebroso cuando hace de combustible para ciertos tipos de cáncer de mama: el estrógeno estimula dos terceras partes de estos

cánceres, que se alimentan de esta hormona para crecer y hacer metástasis. Como resultado, con frecuencia debo contener los niveles de estrógeno de mis pacientes y, en los casos agresivos, bloquear por completo la producción, así como los receptores para que dejen de interactuar con la hormona. Provocar una deficiencia de estrógeno en el cuerpo —suprimiendo la función ovárica con métodos químicos o quirúrgicos y administrando fármacos que detienen su producción en el resto del cuerpo— es uno de los métodos más eficaces con que contamos para acabar con el cáncer de mama.

Pero todo esto tiene un precio: apagar los ovarios desencadena la menopausia. Y la medicación para reducir los niveles de estrógeno también induce síntomas parecidos a la menopausia.

Durante décadas, los oncólogos especializados en cáncer de mama han considerado estos aspectos un mal menor. Nuestra prioridad y compromiso acérrimo es la supervivencia del paciente; la calidad de vida posterior es, a menudo, un distante pensamiento secundario. Peor aún, se espera que muchas mujeres toleren estos síntomas no solo en aras de tratar su cáncer, sino también en aras de prevenirlo. En 1994, algunos científicos anunciaron el descubrimiento de BRCA1, un marcador genético que indica un incremento del riesgo de padecer cáncer de mama u ovario en mujeres.[86] Poco después se llegó al consenso médico de que las mujeres con este gen deberían considerar seriamente extirparse quirúrgicamente las mamas y los ovarios como medida preventiva. El problema era que no había estudios que determinaran cuál era el mejor tratamiento para estas mujeres jóvenes que entraban en una menopausia médicamente inducida como resultado de la extirpación de los ovarios, así que no se daban recomendaciones para la administración de terapia hormonal. De hecho, muchos médicos les decían a sus pacientes que de ninguna manera podían recibir la TSH si elegían operarse, lo que suponía que las obligaban a hacer una elección terrible: podían vivir con los síntomas de la menopausia durante los siguientes cincuenta años o podían tentar la suerte y

convivir con el incremento del 75 por ciento en las posibilidades de padecer cáncer de ovario.

«El hecho de que la castración quirúrgica de mujeres jóvenes no fuera de la mano de una atención enorme en el tratamiento de la menopausia fue una pérdida terrible», afirma la doctora Kara Long Roche.[87] Ella es cirujana ginecológica y le extirparon los ovarios a la edad de treinta y siete años como medida de precaución ante el riesgo que corría de padecer cáncer de ovario; además, lleva recibiendo TSH desde la operación y es una acérrima defensora de dar a otras mujeres la opción de hacer lo mismo. Forma parte de un creciente movimiento que aboga por que la ciencia avance en esta esfera: han pasado pocos años desde la aparición de directrices médicas que defienden la restitución hormonal de las mujeres sometidas a una ovariectomía preventiva y la información es escasa. Tres décadas después de que el descubrimiento de mutaciones genéticas específicas que incrementan el riesgo de cáncer de mama y cáncer de ovario deviniera en una presión enorme sobre las jóvenes que dan positivo en mutaciones de alto riesgo para que se sometan a esta operación preventiva, seguimos sin contar con investigaciones centradas en cómo gestionar mejor su salud el resto de sus vidas. De la propia menopausia sigue habiendo menos estudios de los necesarios: en Estados Unidos, el NIH ni siquiera le ha asignado a la menopausia un código identificativo que facilitaría hacer seguimientos de la investigación relacionada.

La naturaleza sexista de esta falta de interés es innegable; desde luego, lo es para Roche.

«Jamás, en ninguna circunstancia, se le extirparían los testículos a un hombre sano de treinta y cinco años para prevenir un cáncer testicular sin suministrarle enseguida su buena dosis de testosterona, aunque hubiera un pequeño riesgo de cáncer en el futuro», afirma.[88]

En efecto, es asombroso que, pese a los progresos tan increíbles que hemos hecho en el tratamiento de enfermedades que solían suponer una sentencia de muerte, el sistema médico no haya

igualado estos avances con un compromiso equivalente a la hora de asegurar que los pacientes no solo sobrevivan, sino que prosperen, y que, en nuestra carrera loca por evitar que las mujeres mueran, no estemos provocando situaciones que hacen de los años que les quedan un calvario. Pero, cuando se trata de la salud de la mujer, la medicina sigue teniendo dificultades para sopesar los costes y los beneficios de la supervivencia —o la cuestión de cantidad por encima de calidad de vida— de la misma forma en que lo ha hecho por los hombres. Como señala Roche: «A un hombre mayor no le decimos: "Eh, la disfunción eréctil es una parte 'natural' de envejecer, acéptalo". No, lo que hacemos es crear una industria multimillonaria para ayudarlos. Pero con las mujeres… nos resignamos a esa idea de que para ellas sufrir es "natural"».[89]

Y para las mujeres abocadas a una menopausia prematura a causa del tratamiento para el cáncer, a muchas de las cuales les llegó la enfermedad en los que hubieran sido sus mejores años para tener hijos, la cura puede ser peor que la enfermedad.

De todas las mujeres que he conocido que han de luchar con los debilitantes efectos secundarios para el sistema endocrino del tratamiento para el cáncer, la que recuerdo de forma más vívida no fue mi paciente. De hecho, el día que Michelle se presentó en mi consulta, no entendí enseguida a qué había venido. Una nota añadida a su historia indicaba que quería una segunda opinión, pero el desarrollo de su enfermedad casi había tocado a su fin: le habían diagnosticado cáncer de mama a los treinta y uno e inmediatamente recibió un ciclo de tratamiento con excelentes resultados. A pesar de la agresividad de su cepa, le habían detectado el cáncer bastante pronto y los médicos pudieron extirparlo antes de que se extendiera más allá de los ganglios linfáticos. Tras recibir cirugía y quimioterapia, y con un protocolo farmatoclínico ininterrumpido, no había razón aparente para que no tuviera expectativas de vivir muchas décadas libre de cáncer ni para sentirse tan insatisfecha con sus cuidados médicos como para viajar durante horas, desde su

hogar al norte del estado de Nueva York, tras un año en remisión, para verme a mí.

Sobre el papel, Michelle era una historia con final feliz.

Sin embargo, al mirarla a la cara y ver la desdicha dibujada en ella, entendí que la verdad era más complicada.

«Me dijeron que quizá tuviera síntomas como sofocos. Y pensé: "Vale. Me van a hacer una mastectomía, me están dando quimioterapia. ¿Qué es un sofoco comparado con todo eso? Pero no son solo sofocos. Son muchas más cosas. Es muchísimo peor», me dijo.

Pese a que la mayor parte de las cirugías invasivas y las terapias que ha recibido Michelle ya forman parte del pasado, sigue tomando medicación para contener los niveles de estrógeno en el cuerpo y evitar así una recidiva. Y si bien es cierto que le dijeron que los efectos secundarios de la menopausia eran esperables, también lo es que ella no estaba preparada para ellos. He visto los folletos que pretenden advertir a las pacientes sobre cómo lidiar con los síntomas de la menopausia inducida; dicen cosas como «Intenta evitar los alimentos picantes» y «Ten sábanas y pijamas de repuesto cerca de la cama para poder cambiarlos rápidamente si sudas mucho» y «Un lubricante a base de agua puede ser útil para la sequedad vaginal».[90]

No te dicen: «No vas a poder hacer ejercicio quince minutos seguidos sin que el dolor de articulaciones sea tan horroroso que no puedas permanecer de pie». Ni: «Vas a tener la vagina como si fuera un tubo hundido hecho de papel de lija». Ni: «Romperás con el hombre al que amas porque sientes que se merece estar con alguien que todavía pueda mantener relaciones sexuales y disfrute con ellas».

Esto último es lo que le estaba pasando a Michelle y lo que le seguirá pasando mientras siga tomando la medicación, lo cual será entre cinco o diez años más, según su plan de tratamiento.

Cuando llegó a la parte de que había puesto fin a su relación porque no podía soportar físicamente el sexo, Michelle trataba de

contener las lágrimas. «Cuando me diagnosticaron, creía que haría cualquier cosa por sobrevivir. Pero no puedo vivir así.»

Quería decirle a Michelle que todo iría bien. Que lo solucionaríamos, que había nuevas investigaciones cada día, que claro que nadie pensaba que tuviera que hacerse a la idea de vivir un calvario únicamente porque había tenido la suerte de seguir viva. Cuando me miró a los ojos y me dijo: «Prefiero arriesgarme a que vuelva el cáncer a pasarme los próximos diez años sintiéndome de este modo», quise decirle que nunca tendría que tomar una decisión tan terrible.

Pero, si le hubiera dicho todo eso, le hubiera mentido. Pese a que le resumí las opciones que tenía —consultas de salud sexual, tratamientos con láser, tratamiento no hormonal o estrógenos vaginales para intentar mitigar los peores efectos adversos de la medicación—, le veía en la cara que no bastaba, ni de lejos, para devolverle lo que había perdido.

Y aunque me encantaría decirte que Michelle fue mi paciente desde aquel día y que encontramos un modo de aliviar su sufrimiento y prevenir una recidiva del cáncer, sería mentira también.

La verdad es que no volví a verla.

11

SEXO

SISTEMA REPRODUCTOR

La madre de todos los pánicos morales

El útero es el origen de todas las enfermedades.

HIPÓCRATES, siglo V a. C.[1]

La educación médica es un ejercicio de humildad. Incluso a los doctores con más éxito les persiguen los recuerdos más escalofriantes de su período de formación, de épocas en las que la necesidad de «aprender haciendo» chocó con la cruda realidad de que no sabíamos aún qué estábamos haciendo. A menudo, estos primeros fracasos se transforman en momentos formativos que nos enseñan, nos inspiran para hacerlo mejor, poner más empeño y aprender más.

Otras veces, en cambio, nos muestran, aparte de las limitaciones de las capacidades de los aspirantes a médico, que el sistema diseñado para formarlos tiene averías profundas.

Una de las veces que más vergüenza ajena he pasado siendo estudiante de Medicina fue un día estando de pie junto a otros cuatro alumnos en prácticas en la sala de exploración de un hospital de Boston. Observábamos con una mezcla de fascinación y horror cómo un residente de veinticuatro años llamado Anton intentaba hacer una exploración pélvica y una citología cervicovaginal.

Técnicamente, todos éramos doctores —teníamos nuestros títulos y nuestra deuda universitaria para demostrarlo—, pero ninguno tenía experiencia práctica de verdad y la primera incursión de Anton en los fundamentos de la ginecología estaba yendo fatal. El médico a cargo ya le había corregido una vez por olvidarse de lubricar el espéculo antes de intentar introducirlo en la vagina de la paciente. Ahora se esforzaba por abrirlo y, o bien ignoraba, o bien no se daba cuenta de que la mujer de la camilla estaba visible y profundamente incómoda.

«Ahora sentirás presión», decía Anton mientras la paciente hacía un esfuerzo por no retorcerse. Anton estaba cada vez más ruborizado e iba perdiendo el control del espéculo. «Voy a… ¡ay, no!», dijo tartamudeando y con la voz quebrada.

El espéculo cayó al suelo.

Durante un instante espantoso nadie dijo nada, hasta que el médico a cargo intervino: «Sigo yo».

La paciente tenía cara de estar a punto de llorar de alivio.

Anton tenía cara de estar a punto de hacer lo mismo.

Quince minutos después, el médico a cargo se llevó a Anton aparte para comentar lo sucedido y preguntarle si sabía qué había hecho mal, además de para indicarle amablemente lo que él no había visto. La paciente se había estado retorciendo tratando de evitar el contacto con el espéculo porque Anton le estaba apretando torpe y dolorosamente el clítoris con él.

Anton se puso lívido.

«¿Qué?», le preguntó el doctor.

El joven residente bajó la mirada y murmuró: «Es que… No se parecía en nada al del libro de Anatomía».

Lo peor de todo es que no le faltaba razón.

* * *

Durante miles de años, la profesión médica ha tratado el sistema reproductor femenino como si fuera un enigma anatómico. Oculto en el interior del cuerpo, se consideraba a la vez misterioso y siniestro,

una inversión grotesca de cómo se suponía que tenían que ser las cosas. Si el cuerpo del hombre era el estándar de salud y funcionalidad, se entendía que el de la mujer, tan diferente en lo esencial, tenía que ser por fuerza disfuncional. Aristóteles resumió la opinión médica sobre los cuerpos femeninos mejor que nadie al decir: «Deberíamos mirar la condición femenina como si de una deformidad se tratase, si bien es una deformidad que sucede dentro del curso ordinario de la naturaleza».[2]

La percepción de que los cuerpos de las mujeres eran variaciones deformes del ideal masculino persistió a lo largo de los siglos, en los que los errores de interpretación y los estudios se centraron particularmente en los genitales y órganos reproductores. Galeno, cuyos estudios anatómicos en el siglo II a. e. c. moldearon la comprensión médica de los cuerpos humanos durante los siglos venideros, fue particularmente influyente en la difusión de la idea de que las mujeres eran incorrectas en lo que se refiere a cómo están ensamblados sus cuerpos; le maravillaba que las mujeres tuvieran exactamente los mismos órganos que los hombres pero con la imperfección de tenerlos metidos hacia dentro. Comparó los órganos reproductores y sexuales internos de la mujer con los ojos invidentes de un topo subterráneo, que tienen la misma estructura que los de otros animales pero no permiten que su dueño vea; del mismo modo, los genitales femeninos «no se abren» y permanecen como una versión imperfecta de lo que serían si sobresalieran hacia el exterior.[3]

Así pues, entre los padres fundadores de la medicina hubo pocos que pensaran que el cuerpo femenino pudiera ser una máquina perfecta y funcional en sí misma. Por el contrario, veían en la mujer la alteridad, fundamentalmente: estaban los cuerpos masculinos y estaban los cuerpos no masculinos, que eran el equivalente de la naturaleza a tomar un camino equivocado. La opinión de que los cuerpos de las mujeres no solo eran diferentes, sino que estaban estropeados se manifiesta con claridad en el modo en que los médicos hablaban de la anatomía femenina, e incluso en

el vocabulario médico mismo: los genitales externos femeninos se denominaron «pudenda», una palabra latina que significa «de lo que hay que avergonzarse».[4]

No es sorprendente que los primeros teóricos de la medicina estuvieran encantados de señalar las partes estropeadas y vergonzosas del cuerpo femenino como las causantes de todo tipo de males. A veces, como ha quedado ilustrado en detalle en capítulos anteriores, estas inquietudes se focalizaban en el propio útero, entendido como un viajero errático que se desplaza por el cuerpo volviendo locas a las mujeres o como un contenedor de sustancias «repugnantes» que envenenaban a las mujeres —y a sus amantes— desde dentro. Sin embargo, en última instancia, la mayor fuente de misterios, malentendidos e inquietudes para los hombres de medicina a través de todas las épocas no ha sido el útero, que, pese a todos los males que se le asociaban, servía a un innegable propósito biológico en lo que respecta a la propagación de la raza humana. Era el clítoris, un órgano cuyo único propósito es proporcionar funcionalidad sexual y placer a las mujeres, y cuya existencia enervó hasta el tuétano al *establishment* médico durante tanto tiempo que los médicos se negaron a aceptarlo.

Si bien es el lugar donde reside la función sexual y el orgasmo de la mujer y, como tal, se trata de una parte vital de la anatomía humana, el clítoris ha sido prácticamente ignorado por la comunidad médica durante cerca de dos milenios. Las menciones al órgano son excepcionales; cuando aparece, no suele ser en un tono positivo: entre los siglos I y XV e. c., uno de los pocos documentos que menciona directamente la existencia del clítoris es el *Malleus Maleficarum*, de 1486, en el que se describía como el «pezón del diablo» y se advertía que había que presuponer que cualquier mujer que lo tuviera era una bruja.[5]

En consecuencia, estalló una especie de trifulca cuando varios científicos se interesaron de pronto por el clítoris durante el Renacimiento, en la Italia del siglo XVI, y dos hombres diferentes intentaron, con dos años de por medio entre uno y otro, reclamar

para sí el mérito de su descubrimiento. El primero fue Matteo Realdo Colombo, un profesor en Padua que aseguró en 1559 haber descubierto lo que llamó la «sede del placer de la mujer».[6] No cabe duda de que estaba satisfecho de sí mismo, por no mencionar que tenía la absoluta certeza de haber dado con territorio sin explorar, hasta el punto de creer merecer el permiso para nombrar el órgano: «Puesto que nadie más ha discernido estas protuberancias y su funcionamiento, si se me permite dar nombre a las cosas que yo he descubierto, que sea "el amor" o "la dulzura de Venus"», escribió. Pero la alegría de Colombo no duró: tan solo dos años después, su sucesor, Gabriele Falloppio, cuyo nombre llevan las trompas de Falopio, anunció que había descubierto el clítoris. Estaba igual de emocionado e igual de seguro de que nadie lo había visto antes: «Los anatomistas modernos lo han ignorado por completo [...] y no lo mencionan ni una vez [...] y, si otros hablan de ello, han de saber que lo aprendieron de mí o de mis discípulos».[7]

Lamentablemente para Colombo y Falloppio, la existencia del clítoris era aún demasiado controvertida para que ninguno de los dos pudiera ponerle su nombre. De hecho, Falloppio se llevó una buena regañina de Andrés Vesalio, el autor del primer tratado anatómico de la época, por precipitarse. El clítoris, escribió Vesalio, era «una mutación de la naturaleza» —en otras palabras, una deformidad aleatoria— a la que sus colegas le estaban dando demasiada importancia: «Difícilmente se le puede asignar esta parte, nueva e inútil, como si fuera un órgano, a una mujer sana».[8]

Pese a que esta trifulca del siglo XVI por el estatus mitológico del clítoris parece el remate de un chiste feminista —solamente hay una cosa peor que un hombre que cree haber descubierto el clítoris: un hombre que lo ningunea diciendo que es inútil, ¿sí o no, chicas?—, tuvo una influencia considerable en el debate médico en torno a la anatomía y la función sexual de las mujeres, dos temas que se siguieron tratando como si fueran algo a medio camino entre el pensamiento secundario y la novedad. El conocimiento en torno a la anatomía del clítoris no se abrió paso hacia el pensamiento

dominante en medicina hasta 1672, cuando un anatomista neerlandés llamado Regnier de Graaf publicó un diagrama detallado de su estructura interna y externa basándose en sus disecciones de cadáveres. A diferencia de sus predecesores, De Graaf no se atribuyó el descubrimiento del clítoris, aunque sí reprendió al *establishment* médico por excluirlo de la literatura: «Nos sorprende en extremo que algunos anatomistas no mencionen esta parte, como si no existiera en absoluto en el universo de la naturaleza», escribió.[9] Los anatomistas, por su parte, no se dejaron convencer. El siguiente doctor en darle justo reconocimiento al clítoris fue Georg Ludwig Kobelt, en una publicación de 1844 titulada *Die Männlichen und weiblichen Wollustorgane des Menschen und einiger Säugethiere in Anatomisch-physiologischer Beziehung* [Los órganos masculinos y femeninos de la excitación sexual en el hombre y otros mamíferos], que está considerada una de las primeras descripciones detalladas y precisas de la función del clítoris;[10] pero el entusiasmo de Kobelt no se extendía a sus colegas, que en esa misma época aconsejaban la extirpación quirúrgica del clítoris como medida preventiva contra la histeria, la epilepsia y otras enfermedades. No sería hasta 2005 cuando una uróloga llamada Helen O'Connell llevó a cabo por fin un pionero estudio anatómico detallado del clítoris, en el que utilizaba imágenes por resonancia magnética para trazar el mapa de su estructura, su suministro sanguíneo y sus más de quince mil terminaciones nerviosas.[11]

Aun así, pese a que el *establishment* médico en general reconoció a regañadientes por fin la existencia del clítoris, no hizo lo mismo con su importancia, y así sigue siendo a menudo.

El pobre Anton, el joven residente cuyo chapucero intento de exploración pélvica es el material del que están hechas las pesadillas de un estudiante de Medicina, tenía razón cuando dijo que la anatomía de su paciente no se parecía a lo que había visto en los libros; ni siquiera los libros de medicina que se utilizan en la actualidad aluden muchas veces a la diversidad física de los genitales femeninos. Una reciente revisión de cuatro libros de

anatomía médica utilizados ininterrumpidamente durante los últimos doscientos años concluyó que la mayoría incluían una única imagen de la vulva, que era en muchos casos un dibujo de una línea en blanco y negro que recordaba más bien a lo que se llama coloquialmente «vulva de Barbie» (descrita en el capítulo dedicado al sistema tegumentario): una hendidura sin protuberancia labial.[12] Por otro lado, los estudiantes de Medicina de hoy en día están menos expuestos que nunca a cuerpos y partes del cuerpo variados en la vida real, en el contexto del entorno clínico o el laboratorio de disección, los cuales han sido relegados en favor de modelos hechos de plástico, que tienen, en palabras de un detractor, «los órganos pintados de colores que combinan bien y unas formas perfectas».[13] Y, lo más importante, los textos con los que los alumnos aprenden acerca del sistema reproductor femenino siguen sin incluir prácticamente ningún detalle sobre el clítoris. Huelga decir que los textos sobre anatomía masculina contienen abundante información sobre los penes y la función eréctil. Por mucho que la literatura médica actual desmienta la aseveración de Vesalio de que las mujeres sanas no tienen clítoris, parece estar de acuerdo con él en cuanto a su inutilidad.

De hecho, este órgano, que no es esencial para la reproducción y sin embargo es absolutamente crucial en la función sexual de la mujer —y que los doctores han tratado por lo general de insignificante o siniestro cuando no se estaban dando palmaditas en la espalda por haberlo descubierto—, funciona en muchos sentidos de avatar de la difícil relación que hay y siempre ha habido entre el sistema médico y la salud sexual de las mujeres. Pese a la valoración inicial de la anatomía femenina como inherentemente inferior, invertida o ajena (la alteridad), la medicina se ha visto finalmente obligada a reconocer la importancia de las partes del cuerpo de una mujer que producen óvulos y hormonas, que permiten el desarrollo del embarazo y que facilitan el nacimiento de un bebé —todo lo cual se ha considerado durante mucho tiempo el destino biológico de la mujer, su única razón para existir—. El clítoris, en cambio, representa

un comodín anatómico: su mera existencia sugiere que las mujeres pueden disfrutar del sexo por sí mismo, y no como un medio que conduzca a la maternidad.

Y esto, como veremos en las páginas que siguen, hizo que ciertas personas se sintieran muy incómodas.

Los órganos reproductores de la mujer son preeminentes, ejercen una influencia controladora sobre todo su sistema y le comportan muchas enfermedades dolorosas y peligrosas. Son el origen de sus peculiaridades, el centro de sus simpatías y la morada de sus enfermedades. Todo lo que es peculiar en ella nace de su configuración sexual.

JOHN WILTBANK,
doctor en Medicina, clase introductoria de partería
en el Philadelphia College, 1853[14]

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad la salud reproductiva femenina ha sido cosa de mujeres, y también su territorio. Las mujeres embarazadas eran asistidas por las parteras, quienes, aun sin haber recibido educación médica formal, eran las herederas de cientos de años de conocimiento especializado sobre la menstruación, la concepción, el embarazo, el parto y los cuidados del posparto.[15] Pero a medida que la medicina se fue formalizando, en los siglos XVIII y XIX, creando sus propias instituciones, jerarquías y campos especializados de investigación, el sistema empezó a apartar y vilipendiar a las parteras, a las que tachaba de curanderas sin estudios, y los hombres, recién salidos de las facultades de Medicina con un título debajo del brazo, empezaron a sustituirlas. Del mismo modo que académicos como Colombo y Falloppio aseguraron haber descubierto el clítoris —pasando por alto el hecho de que las mujeres seguramente habían sabido de su existencia desde el principio de los tiempos, más o menos—, los doctores de mediados del siglo XIX se apropiaron de las antiguas labores de las

parteras y se autodenominaron los fundadores de una nueva especialidad médica a la que pusieron por nombre «ginecología».

En aquel momento, la ginecología era una especie de empresa novedosa, así como un destino de moda para los jóvenes doctores ambiciosos que percibían la oportunidad de destacar en un área de investigación bastante inexplorada. Pero sean cuales fueren las razones iniciales que los atrajeran a la ginecología, prácticamente todos concluían que habían llegado en el momento justo. En el seno de la comunidad médica se llegó enseguida al consenso de que las mujeres eran demasiado frágiles, nerviosas y atolondradas a causa de sus dolencias menstruales mensuales como para atender de manera competente ni siquiera —o quizá especialmente— los asuntos relacionados con la salud reproductiva; un consenso que fue acompañado de un movimiento creciente para excluir a las mujeres del estudio de la medicina en general. Y, en el transcurso de una sola generación, se produjo un cambio radical: durante cientos de años, las mujeres habían sido las mayores expertas del mundo en obstetricia, las custodias de un conocimiento que no dejaba de perfeccionarse y transmitirse a la siguiente generación de sanadoras; ahora, en cambio, las dejaban sistemáticamente fuera, en el mismo momento en el que su campo comenzaba a avanzar a gran velocidad, y de esta forma las privaban tanto de la oportunidad de contribuir a ella con sus propios conocimientos como de compartir los descubrimientos de la nueva ciencia y las técnicas de la obstetricia. Sin embargo, lejos de ver su apropiación del campo como un bofetón en la cara de las mujeres que los habían precedido, los padres fundadores de la ginecología se felicitaron unos a otros por sus heroicos esfuerzos. Todos estaban de acuerdo en que esto era lo que necesitaba realmente la medicina reproductiva de las mujeres: unos cuantos hombres buenos.

Es cierto que, en muchos casos y en más de un sentido, los hombres que dieron forma a la medicina reproductiva y sexual femenina eran buenos, o al menos creían de corazón que sus intenciones eran buenas. Horatio Storer, por ejemplo, fue uno de los

primeros médicos en hacer avanzar la ginecología hasta convertirla en un campo independiente, separado de la obstetricia y valioso por sí mismo. Storer fue un pionero en la enseñanza de la ginecología: dirigió un curso semestral sobre enfermedades y atención sanitaria de la mujer para los licenciados en Medicina de Harvard y fundó la primera sociedad ginecológica del país en Boston en 1869.[16] Storer, quien defendía con pasión la salud de la mujer, hizo suya la misión de reclutar a más médicos para la ginecología y recriminó a sus colegas de la comunidad médica que no prestaran la suficiente atención a este importante campo de la medicina. Entre los principios fundacionales de su Gynaecological Society de Boston estaba el deseo de «instilar en sus miembros y en la profesión una comprensión más profunda de la importancia de las enfermedades propias de la mujer», que, en su opinión, los médicos ignoraban movidos por prejuicios. Storer insistía en la nobleza de su profesión; es más, escribiría que «lejos de ser una deshonra que un médico se interese por las enfermedades del útero, debería considerarse un honor».[17]

Robert Tuttle Morris, a quien conocimos brevemente en el capítulo dedicado al esqueleto, fue ginecólogo y el fundador de la American Society of Endocrinologists (Sociedad Estadounidense de Endocrinólogos). Se hizo famoso a finales de la década de 1890 por innovar con la técnica del trasplante de tejido ovárico, que puede ayudar a las mujeres que sufren de infertilidad.[18] En 1906, Morris anunció que una de las mujeres que se habían sometido al procedimiento había llevado a buen término su embarazo, lo que supuso un enorme avance en el entonces incipiente campo del tratamiento de la infertilidad.[19]

Robert Latou Dickinson fue obstetra y ginecólogo, así como un prolífico ilustrador, artista y escultor de la medicina que ganó el premio Lasker en 1946 por su trabajo en el campo de la fertilidad.[20] Dickinson documentó minuciosamente casi todas las interacciones que tuvo con sus pacientes y fue pionero en la práctica de obtener detalladas historias clínicas de la vida sexual de sus pacientes. En el

momento de su jubilación había recopilado más de cinco mil historias sexuales, una cantidad ingente de datos. Fue también fundador, en 1923, del National Committee on Maternal Health (Comité Nacional sobre Salud de la Madre), una iniciativa respaldada por mujeres patrocinadoras para estudiar la contracepción, la infertilidad, el aborto espontáneo y otros problemas del embarazo, y desempeñó un servicio crucial en la década de 1930 como mediador entre los defensores de la contracepción y la comunidad médica, que en aquel momento la miraba con escepticismo.

Sigmund Freud, además de ser un psicoterapeuta de fama mundial, hizo más por promover el conocimiento del clítoris en unos pocos años que toda la profesión médica en tres siglos.

Sin embargo, en todos estos casos, la heroica labor de los doctores tuvo un reverso oscuro que deja entrever una completa falta de comprensión de las mujeres en el mejor de los casos y, en el peor, un profundo desprecio hacia ellas. Freud, por ejemplo, promovió el conocimiento del clítoris solo en la medida en que lo ayudaba a profundizar en su teoría de que las mujeres que requerían estimulación clitoriana para tener un orgasmo eran desviadas sexuales que necesitaban ayuda psicológica. Dickinson, el talentoso artista y defensor de la contracepción, era también un obseso de la moralidad sexual e infligía deliberadamente dolor a sus pacientes durante sus exploraciones pélvicas por temor a que las excitara sexualmente si no lo hacía.[21] En cuanto a Morris, su interés en la fertilidad parece nacer, al menos en parte, de un interés igual de apasionado por la ciencia de la raza y la eugenesia: entre sus obras publicadas hay un artículo de 1892 en el que plantea la hipótesis de que el clítoris femenino no tardaría en evolucionar hasta convertirse en un órgano vestigial y acabar desapareciendo por completo; un desarrollo beneficioso en su opinión, pues liberaría a las «mujeres arias» de la carga de experimentar la lujuria, lo cual sería ideal a la hora de enfocarse en procrear para beneficio de la raza blanca.[22]

En lo que respecta a Storer, su defensa de la salud de las mujeres únicamente era comparable a su firme convicción de que estas eran demasiado estúpidas, frágiles y fáciles de corromper para poder defenderse solas. En el capítulo anterior, Storer fue uno de los médicos que aseguraban que las hormonas femeninas incapacitaban a las mujeres para practicar la medicina, pero esto solo es el principio, pues hay abundantes pruebas de que el entusiasmo de Storer por la ginecología se debió más a la curiosidad y la arrogancia que a un genuino aprecio. Mientras que otros hombres eran demasiado temerosos o reverentes para explorar tan a fondo los cuerpos de las mujeres, Storer se esforzó al máximo en anunciar que él no tenía esos remilgos; en la Facultad de Medicina, se coló en una ocasión con su amigo Warner en el laboratorio de anatomía, cogió un atizador de una chimenea de por allí y metió el instrumento hasta el fondo de la vagina del cadáver de una mujer. En el recuento de los hechos de Warner, Storer estaba fascinado y no mostraba el más mínimo rubor.[23]

Warner, por el contrario, tuvo arcadas y huyó espantado, aunque fue por el olor y no por la violación.

En opinión de Horatio Storer, las mujeres no estaban capacitadas para ejercer prácticamente ningún tipo de control significativo sobre sus propias vidas. Ni sobre su educación ni sobre las decisiones médicas que las atañen ni sobre sus deseos sexuales. Y, por mucho que expusiera públicamente las virtudes de la ginecología entre sus colegas, sus relaciones personales con las mujeres son reveladoras de hasta qué punto su compasión por sus pacientes femeninas era condicional. Corría el año 1869 cuando Storer explicaba con fervor poético a sus colegas el honor que suponía atender la salud de las mujeres.

Solamente tres años más tarde, en 1872, su propia esposa murió sola y aterrorizada en el manicomio donde él la había internado por «manía catamenial»: locura inducida por la menstruación.[24]

De las diversas formas de [locura] que pueden afectar a las mujeres, la mayoría se deben a enfermedades funcionales u orgánicas del útero y sus apéndices; en otras palabras, son de carácter sexual.

HORATIO STORER,
doctor en Medicina, 1869[25]

Corre el año 1856 y estamos en Boston, Massachusetts. La paciente, una mujer menuda de veinticuatro años, complexión pálida y predisposición a sudar, le explica al doctor los síntomas que está experimentando. El doctor, que luce una barba y un bigote extravagantes y se comporta con una formalidad que lo hacen parecer mucho mayor de los veintiséis años que tiene, toma notas mientras ella habla. En la parte superior de la página ha escrito el nombre de la paciente, pero, cuando su caso aparezca publicado, se la conocerá como «señora B.», la esposa de un acaudalado comerciante mucho mayor que ella.[26]

Su conversación es íntima; las notas del doctor, que no solo se basan en su entrevista a la paciente, sino también en otras con su esposo y su familia, serán más íntimas aún. La señora B. ya ha hablado largo y tendido sobre su matrimonio, su dieta, su historial menstrual y sus sueños, sobre todo sobre sus sueños, de los que despierta con el corazón en la boca, un dolor en el pecho y una palpitación entre las piernas que interpreta como excitación y vergüenza a partes iguales. Los sueños son la razón por la que está allí; ella entiende que son malos, y que hay algo malo en ella por tenerlos. La madre de la señora B. confirmará este dato cuando el doctor hable con ella: el anhelo precoz de intimidad de su hija es la razón por la que ella había insistido en casarla con el comerciante, a pesar de que la joven tan solo tenía entonces diecisiete años.

Todo esto estará en las notas que finalmente compondrán el estudio clínico de la joven. El doctor no escatimará en detalles, especialmente al llegar el momento de llevar a cabo una exploración física. Describirá el tamaño y la temperatura de la vagina de la

paciente, la posición del clítoris, el modo en que ella chilla cuando la toca. La señora B. nunca verá la descripción de su caso, pero otros hombres sí, muchos, quienes la escudriñarán a través de los ojos del doctor que está a punto de hacerle el peor de los diagnósticos, el que cambiará su vida.

La enfermedad que sufre afecta exclusivamente a las mujeres, y el régimen de tratamiento que prescribe interrumpirá la vida de la joven de todas las maneras posibles. Le quitarán el colchón y las almohadas de plumas y las reemplazarán por duras cerdas de caballo para disminuir los placeres sensuales del sueño. El doctor le ordena que no beba alcohol, que tome baños de agua fría y que limite la dieta. Debe abandonar cualquier actividad susceptible de estimular su enfermedad, desde leer novelas a mantener relaciones sexuales con su esposo. Y luego están las medicinas: tinturas, gotas y una solución corrosiva de bórax que debe untarse entre las piernas cada noche, aunque escueza como un demonio y no parezca que sirva para nada. Lo hará de todos modos; de hecho, hará todo lo que diga el doctor. No solo porque insiste en que es el único modo de hacer que se ponga bien, sino porque, si no se pone bien, pasará algo terrible.

Eso se lo dice sin reservas. Más tarde, lo apuntará también en sus notas: «Esta primera entrevista con la paciente tuvo lugar el 16 de mayo, cuando se recetó el siguiente tratamiento y se le hizo comprender al mismo tiempo que, si continuaba con sus actuales hábitos indulgentes, probablemente sería necesario enviarla a un manicomio».[27]

Entonces, en la parte superior de la página, el doctor Horatio Storer apuntará su diagnóstico:

Ninfomanía.

* * *

A pesar de su porte confiado y su lista de tratamientos draconianos, en realidad Horatio Storer se sentía un tanto desconcertado ante el

caso de la señora B.: en su opinión, ella no tenía el aspecto ni los antecedentes de la mayoría de las mujeres con su trastorno; es decir, no iba desaliñada ni era una prostituta. Pero, claro, tampoco estaba enferma. Leyendo entre líneas el estudio clínico de Storer sobre esta supuesta ninfómana, es evidente que los únicos «síntomas» de la paciente eran desear y disfrutar del sexo.

Si bien este estudio clínico ofrece una ventana al mundo de la paciente de veinticuatro años de Storer —cuyo trastorno, como era de esperar, mejoró poco después de que el doctor la informara de que sería internada si sus síntomas persistían—, también es ilustrativo tanto de la obsesión victoriana por la ninfomanía como de la verdadera naturaleza del propio Storer y esa extraña mezcla de atención y desprecio que dispensaba a sus pacientes. Aun cuando la señora B. comparte con sinceridad sus deseos e inclinaciones, el doctor no la trata como si ella fuera de algún modo la autoridad principal en su propia vida sexual. Asimismo, las notas de Storer incluyen fragmentos de una entrevista con el marido de la señora B., quien insistía en que estaba acostumbrado a mantener relaciones sexuales con su joven esposa tres veces por noche, «siempre con emisión seminal», pero que últimamente se encontraba con una «obstrucción al coito por parte de ella».[28] Pese a que la paciente explica que la «obstrucción» en cuestión no era cosa suya, sino de su marido, mucho mayor que ella y con problemas para mantener una erección, Storer insistió en hacerle una exploración pélvica, que debió de ser incómoda y humillante. Las exploraciones ginecológicas todavía no se enseñaban de forma rutinaria en las facultades de Medicina y las notas de Storer revelan poca consideración por lo que ella podría haber sentido mientras un extraño le manoseaba la vagina, el perineo y el clítoris, todo ello sin ponerse guantes.

«No se ha utilizado espéculo por considerarse innecesario», señala en su informe.[29]

Con todo, la señora B. tuvo suerte. Para ella, la mayor amenaza era la pérdida de su libertad; años más tarde, una mujer que acudió a Storer con el mismo mal recibiría un trato atroz: fue atada a la

camilla y anestesiada con éter, posteriormente el doctor la abrió con un bisturí.

La actitud inhumana de Storer hacia las mujeres con apetitos sexuales sanos no carecía de antecedentes históricos. Aunque la ninfomanía es un diagnóstico moderno, su origen se remonta a la Antigua Grecia, donde los médicos plantearon la teoría de que las mujeres eran criaturas carnales con un deseo insaciable de semen.[30] Storer tampoco fue el primero en intentar «curar» las funciones sexuales de las mujeres mediante la extirpación quirúrgica del clítoris: tanto el famoso ginecólogo inglés Isaac Baker Brown como el distinguido endocrinólogo Charles-Édouard Brown-Séquard —el de las inyecciones de testículos de cobaya— abogaron por la clitoridectomía para evitar que las mujeres se masturbaran, una actividad que, según ellos, provocaba melancolía, parálisis, ceguera y la muerte.[31]

Como siempre, la obsesión de la comunidad médica por la ninfomanía coincidía con las costumbres culturales, en este caso, con la moda victoriana del ideal femenino «desapasionado». Las mujeres, lejos de ser activas o entusiastas participantes en el coito, eran cada vez más entendidas y se esperaba que fueran la encarnación de una posición moral elevada, que flotaran en un imperturbable estado de pureza que estaba por encima de las tentaciones del deseo carnal. Se entendía que la mujer modélica participaba en el sexo por razones honorables —es decir, en aras de producir hijos— pero no lo disfrutaba, desde luego, y mucho menos lo deseaba *motu proprio*. Y debido a la afluencia de doctores varones al campo de la ginecología, la mujer lujuriosa no solo estaba estigmatizada socialmente, sino que, desde el punto de vista médico, tenía una patología, un problema que requería una solución científica.

Pese a que la moda de la clitoridectomía duró poco en la medicina occidental, por suerte —la mayoría de los médicos no compartían el entusiasmo por el procedimiento de Isaac Baker Brown, quien acabó cayendo en desgracia y siendo expulsado de la

London Obstetrical Society (Sociedad Obstétrica de Londres)—, la misión científica para curar los deseos sexuales de la mujer persistió.[32] En 1892, casi cincuenta años después de que Storer publicara su estudio clínico de la señora B., Robert Tuttle Morris aseguró haber curado un caso de ninfomanía por medio de una cirugía para una dolencia conocida como «adherencia del clítoris», que consistía en adormecer el clítoris inyectándole una solución de cocaína —¡ay!— y usando a continuación la uña del pulgar para retirar el capuchón y dejar el glande al descubierto. Tuttle aseguraba que los resultados habían sido milagrosos: «La paciente está ahora animada y tiene buen color; monta a caballo, juega al tenis, sale a caminar y disfruta de todos los placeres de sus acompañantes», escribió en su estudio clínico.[33]

Tuttle creía que reparar la adherencia del clítoris era una manera de curar la ninfomanía y prevenir la masturbación, que seguía siendo una gran obsesión entre los médicos de la época, además de un tratamiento para trastornos como la epilepsia. Irónicamente, tenía razón acerca de la utilidad del procedimiento, pero se equivocaba por completo en todo lo demás: las adherencias del clítoris sí causan problemas, incluida la irritación que resulta de una acumulación de esmegma entre el capuchón del clítoris y el glande, y aún hoy se siguen tratando con una crema tópica para adormecer la zona en lugar de usar una inyección. Pero la razón no es que las adherencias provoquen excitación sexual, sino que eliminarlas puede mejorar la función sexual de las mujeres que tienen problemas para alcanzar el orgasmo.

Por su parte, Horatio Storer dedicaría su vida a la práctica de la ginecología para bien y para mal. Un año después de que lo visitara la señora B., sintió la llamada del activismo, que sumó a su vocación médica, y aprovechó su reputación como pionero en el campo de la obstetricia para convertirse en un líder en la cruzada contra el aborto. Tampoco perdió nunca del todo el gusto por maltratar a las mujeres en nombre de la medicina y la moral: en 1865, se presentó ante un congreso de la American Medical Association y defendió que

había que tratar la locura femenina mediante la extirpación quirúrgica de los ovarios. Storer procedió a aclarar que se podía diagnosticar la locura a cualquier mujer que fuera «ladrona habitual, obscena, pesimista o autoindulgente, gruñona o vanidosa».[34]

Cuando Storer murió, en 1922, había conseguido tejer uno de los legados más complicados de la historia de la medicina. Por un lado, su activismo antiabortista moldeó el movimiento de un modo que es patente todavía y numerosas mujeres sufrieron innecesariamente por culpa de los tratamientos médicos desfiguradores que prescribía para corregir defectos morales que estaban en su cabeza.[35] Por otro lado, y a pesar de sus cuestionables motivos, su dedicación a la salud de las mujeres fue abnegada, ambiciosa e incomparable, y encumbró la ginecología en el *establishment* médico en una época en la que no tenía relevancia. La Gynaecological Society de Boston, que fundó en 1869, fue un innegable motor de progreso y punta de lanza de importantes avances en el campo.[36]

Y, por supuesto, en los cien años transcurridos desde la muerte de Storer, la situación de la mujer en la sociedad y su representación en la medicina han evolucionado a gran velocidad; no obstante, cuando nos referimos a su comportamiento —y a cómo se espera que sea— en el contexto de la exploración médica, las cosas no han cambiado tanto como nos gustaría creer. El progreso no ha erradicado la opinión desfavorable que Storer y otros como él tenían de la mujer, de su sexualidad y de su capacidad para ejercer su voluntad, únicamente consiguió empujarla hasta el fondo, lo bastante como para emponzoñar el pozo de la consciencia médica durante años.

Puedes atarle los brazos a una ninfómana y se masturbará igualmente retorciendo las piernas y los muslos; la puedes atar de pies y manos y lo conseguirá restregando el cuerpo contra la cama o el escritorio o cualquier otro mueble; solo la muerte conseguirá controlar esa pasión

devoradora, a menos que consigas causarle una honda impresión en la mente.

THEOPHILUS PARVIN,
doctor en Medicina, 1886[37]

A medida que la ginecología se iba consolidando como especialidad médica en la segunda mitad del siglo XIX, determinadas ideas sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres echaban raíces en su seno; más específicamente la de que el deseo sexual femenino era malo y los doctores debían, y podían, controlarlo con cualquier herramienta a su alcance. Para hombres como Storer y Morris, la herramienta de su elección era la cirugía. Para otros, la vergüenza.

Entre los segundos se incluye Robert Latou Dickinson, quien tenía la costumbre, nada fuera de lo común entre los ginecólogos de la época, de tocarle los genitales a una mujer —introduciéndole los dedos o presionándole el clítoris— y luego declararla depravada sexual si ella tenía cualquier tipo de reacción.[38] Sus escritos están plagados de descripciones detalladas de las medidas de genitales femeninos y pelvis con dibujos hechos por él mismo que utilizaba para sacar conclusiones sobre los hábitos sexuales de una mujer determinada. Muchas veces las «medidas» en cuestión no se basaban en ningún sistema estándar, sino en la cantidad de dedos que pudiera introducir en la vagina de la paciente.[39]

Una vez que hubiera dictaminado que una paciente era «erótica» —es decir, una cachonda patológica—, era imposible persuadir a Dickinson de lo contrario. Entre sus escritos de 1931 hay un estudio clínico muy perturbador: estuvo meses importunando a una joven de diecisiete años con una discapacidad del desarrollo sobre la «extrema relajación» de su vagina hasta que ella confesó ser una masturbadora.[40] En realidad, la laxitud del suelo pélvico de la chica casi con toda seguridad sería de naturaleza puramente anatómica —había acudido a la consulta de Dickinson para

solucionar un prolapso uterino—, pero nada de esto le importó al doctor, que decidió que la joven era una depravada sexual. Seis meses después, cuando ella regresó para que le reemplazara el pesario vaginal para el prolapso, Dickinson era como el hombre del martillo de la ley de Maslow, para quien todo es un clavo.

«Tuvo una actitud erótica durante la exploración, de manera que me apresuré a hacerle daño para que asociara el tratamiento al dolor y no al placer», escribe.[41]

Al mismo tiempo, la idea de que las mujeres debían avergonzarse por el placer sexual o el deseo había permeado no solo la ginecología, sino otras áreas de la medicina también, incluido el pujante campo del psicoanálisis. Sigmund Freud fue punta de lanza en este sentido, con su teoría del supuesto orgasmo vaginal: «Cuando una mujer es incapaz de alcanzar un orgasmo mediante el coito […] y prefiere la estimulación del clítoris a cualquier otra forma de actividad sexual, se puede establecer que sufre de frigidez y que requiere ayuda psiquiátrica».[42] En opinión de Freud, los orgasmos clitorianos eran el sello distintivo de una mujer inmadura e irrealizada que ha reprimido las fantasías sexuales de la infancia. Por el contrario, las mujeres deberían renunciar a la estimulación del clítoris y aspirar únicamente a los orgasmos vaginales, un concepto que demuestra una gran incultura anatómica, inventado por Freud mediante la combinación de lo que a él le gustaría que fuera y humo, básicamente.

Freud le hizo un daño tremendo a la salud sexual femenina con esta descabellada teoría. No solo plantó la semilla de la desinformación respecto al orgasmo femenino, todavía patente hoy en día, sino que el estatus de persona influyente que tenía entonces llevó a algunas mujeres a mutilarse en un afán de lograr el orgasmo imaginario de Freud. En 1925, la psicoanalista francesa Marie Bonaparte estudió la obra de Freud y se sometió a varias operaciones para recolocarse el clítoris con la esperanza de alcanzar el orgasmo únicamente mediante la penetración.[43] La cirugía no tuvo el éxito esperado, aunque Bonaparte fue de las afortunadas;

otras mujeres que se sometieron al procedimiento fracasaron y acabaron además con un dolor crónico y unas cicatrices que las incapacitaron para disfrutar de cualquier tipo de sexo.

Pero si las aflicciones de las mujeres afectadas e influidas por los prejuicios de los médicos contra la sexualidad femenina fueron estremecedoras, palidecen en comparación con las aflicciones de las mujeres que cayeron literalmente presas de dichos prejuicios. Y aquí es donde hace su aparición el doctor Theophilus Parvin.

Parvin fue coetáneo de Horatio Storer y compartió con él muchas de sus preocupaciones por el azote de la sexualidad desatada en la mujer. Su aportación profesional incluye textos detallados sobre la ninfomanía, una enfermedad que, según él, se manifestaba en tres fases. La primera era la del deseo sexual y las fantasías, y la segunda, la del flirteo, pero, en la tercera, la mujer afectada «se vuelve una verdadera maniaca y satisface sus deseos buscando el contacto con hombres e incluso con perros», escribió Parvin.[44]

A diferencia de Storer, Parvin no creía en la cirugía como cura para el deseo sexual femenino; de hecho, rechazaba la idea de que pudiera funcionar debido a la creencia de que la ninfomanía era más una aflicción del alma y la psique que del cuerpo físico. Sí que suscribió la idea de que cualquier respuesta sexual por parte de una mujer era una prueba de su depravación, un trastorno que se empeñó en curar entumeciendo los genitales de las pacientes con cocaína: «Puedo aseverar que el efecto fue maravilloso. De pronto, la vagina se empezó a comportar como la vagina más virtuosa de Estados Unidos», escribió a propósito de uno de estos casos.[45]

Parvin era un reputado obstetra, presidente de las asociaciones médicas tanto de Indiana como de Estados Unidos y profesor en varias facultades de Medicina, incluida la prestigiosa Jefferson Medical College de Filadelfia. Sin embargo, era también médico de prisiones y, como tal, representa un puente entre el mundo de la práctica médica privada, en la que las pacientes acudían en busca de tratamiento por decisión más o menos propia, y la medicina

institucional, en la que las mujeres no tenían otra elección que ser pacientes.

Parvin ejerció de médico de la prisión de mujeres de Indiana entre 1873 y 1883, y durante este período fue elegido presidente de la American Medical Association.[46] Todo en ello fue extraño: no era habitual que un médico de prisiones recibiera un honor tan prestigioso ni que un presidente de la AMA trabajara en una prisión. Tuvo que llegar el año 2015, cuando las reclusas de la prisión, que sigue en funcionamiento, se toparon con el libro de Parvin mientras investigaban la historia del centro,[47] para que se viera con claridad qué le había atraído del puesto. El libro se publicó en 1886, tres años después de que abandonara el centro penitenciario, y contenía una gran cantidad de datos, investigaciones y anécdotas que parecían haberse podido obtener únicamente experimentando con las presas.[48] Y, aunque es difícil dar con información fehaciente sobre las actividades de Parvin en la prisión —a diferencia de los médicos del sector privado que hemos conocido en este capítulo, de lo que él hizo durante los diez años que trabajó allí sobreviven pocos documentos—, hay indicios de que no todo estuvo bien. Durante su período en el cargo varias reclusas denunciaron haber sufrido brutales abusos, no necesariamente de manos del propio Parvin, aunque el doctor aparece en noticiarios de la época testificando a favor de la prisión y negando dichos abusos.[49]

Lo que sí es seguro es que, si Parvin decidió progresar en su carrera médica a costa de las reclusas de la prisión de mujeres de Indiana, no fue el primero ni sería el último en hacer algo así. Ya hemos visto que las mujeres institucionalizadas en psiquiátricos como el Pitié-Salpêtrière en París o el Trenton State Hospital en Nueva Jersey interpretaban contra su voluntad papeles secundarios en la fantasía de erradicar la enfermedad que salía de la mente de un médico ambicioso, pero, en este contexto, la medicina reproductiva femenina ofrecía un valor particularmente siniestro en un momento en el que las autoridades estadounidenses estaban

cada vez más interesadas en controlar a la población mediante la eugenesia.

En 1907, los Gobiernos de los estados empezaron a aprobar la esterilización de las reclusas y las enfermas mentales, lo cual tuvo consecuencias devastadoras para las mujeres pobres, las pertenecientes a minorías y las discapacitadas que conformaban el grueso de las presas.[50] En Virginia, un programa lanzado en 1924 y vigente durante cincuenta años resultó en la esterilización de más de 7.500 personas.[51] No todas eran mujeres, pero el énfasis del programa en frenar la fertilidad de personas consideradas socialmente transgresoras parece haberlas afectado de manera desproporcionada; según un reportaje de *The Washington Post*, las personas esterilizadas incluían a «madres solteras, prostitutas, criminales de poca monta y niños con problemas de disciplina», pero no, como no pasa desapercibido, a padres solteros ni hombres que mantenían relaciones con trabajadoras sexuales.[52] En California, se puso en marcha un programa similar en 1909 y se mantuvo durante casi cien años, hasta que una investigación del Center for Investigative Reporting (Centro para el Periodismo de Investigación) reveló que se les había practicado una ligadura de trompas a 132 reclusas del estado sin la documentación adecuada.[53] Más adelante, una auditoría estatal llevada a cabo en 2014 destapó cerca de 800 esterilizaciones en total, entre las que se incluía la práctica de histerectomías.[54] Mientras tanto, el Gobierno de Estados Unidos decidió que el modelo de esterilización de presos era prometedor a la hora de descartar a otras poblaciones «indeseables»: en la década de 1930 se esterilizaron a la fuerza en Puerto Rico cerca de un tercio de las mujeres de entre veinte y cuarenta y nueve años en el marco de un programa de control de la población apoyado por el Gobierno estadounidense. Y en la década de 1970, el servicio sanitario de la población nativa estadounidense, el Indian Health Service, esterilizó a miles de mujeres nativas, cercenando a casi la mitad la tasa de natalidad de dicha población en los siguientes diez años.[55]

Es difícil no ver en el centro de estas historias de mujeres, a las que les han destrozado la sexualidad y la fertilidad en contra de su voluntad, una conexión entre el terror victoriano a la ninfomanía y los estereotipos hipersexualizados con que siempre se ha relacionado a las mujeres de entornos marginalizados. La constante en todos los casos es una bata blanca, una mano firme, un doctor que interviene para controlar a unas mujeres a las que no les puedes confiar su propio control. Y, a diferencia de algunas de las prácticas más denodadamente salvajes cuya popularidad se extendió como la pólvora en el seno del *establishment* médico para acabar extinguiéndose enseguida, esta idea de que hay que rescatar a las mujeres de su propia sexualidad, por su bien, ha demostrado ser más difícil de eliminar. Por mucho que doctores como Storer, Dickinson y Morris hicieran daño a sus pacientes —o, en el caso de Freud, las persuadiera de que había razones médicas por las que era necesario que se lo hicieran ellas mismas—, por lo general, las mujeres entraban en sus consultas voluntariamente y, también por lo general, podían marcharse si querían. Por el contrario, las mujeres encarceladas e institucionalizadas no tenían la potestad del ejercicio de su voluntad. De hecho, si ser sexual convertía a una mujer en una desviada en el contexto de la consulta de un médico cualquiera, entre las paredes de una prisión o un manicomio las convertía en algo mucho peor: en ratas de laboratorio.

Ella chillaba, él se revolvía, y ambos cayeron juntos de la cama y se esforzaron desesperadamente por separarse sin lograrlo [...] era evidente que el pene estaba muy encajado en la vagina y que cualquier intento de sacarlo implicaba un dolor terrible para ambos. Se trataba sin duda de un caso de *de cohesione in coitu*.

SIR WILLIAM OSLER,
doctor en Medicina, bajo el seudónimo
de Egerton Y. Davis, 1884[56]

El más leve roce a la boca de la vagina provocaba la agonía más intensa y agitaba en extremo su sistema nervioso, provocando espasmos musculares generalizados y temblores por todo el cuerpo, como si sufriera los rigores de un episodio intermitente, mientras chillaba con los ojos desorbitados y las lágrimas le caían por las mejillas, y quedaba en un estado de terror y sufrimiento digno de compasión.

JAMES MARION SIMS,
doctor en Medicina, 1857[57]

Pese a que a lo largo de la historia el *establishment* médico ha reservado sus juicios más descarnados y sus tratamientos más crueles para las mujeres con un deseo sexual exacerbado, la visión establecida de que las mujeres eran fundamentalmente seres asexuales tampoco benefició en nada a las que padecían trastornos que limitaban sus funciones sexuales. De entre estas enfermedades destaca el vaginismo, una dolorosa contracción de los músculos vaginales que hace que el coito sea un calvario, cuando no imposible.

En el siglo XIX, no todos los profesionales de la medicina se tomaban el vaginismo con la misma seriedad. Algunos creían que era un problema real, aunque incurable hasta la exasperación, mientras que otros se mostraban escépticos en cuanto a su existencia. Cabe subrayar que incluso los médicos que se esforzaron en tratar el vaginismo le prestaban menos atención a la desdicha que causaba a las pacientes que a la frustración que causaba a los maridos.[58] En un sorprendente estudio clínico de finales del siglo XIX, la solución del médico de cabecera fue no tratar el vaginismo que afligía a la paciente, sino drogarla con éter para que su marido pudiera tener relaciones sexuales con su cuerpo inconsciente.[59] Cuando el caso le llegó a un especialista —James Marion Sims, a quien conocimos en el capítulo dedicado al sistema urinario—, la mujer había concebido y dado a luz un hijo usando este repugnante ritual, y el médico de cabecera estaba yendo doce veces al mes a

casa de la pareja para administrar éter a la mujer con la esperanza de que pudieran concebir un segundo. Las notas del caso anteriores a la aparición de Sims son reveladoras: el médico no solo demuestra una pasmosa falta de interés por el bienestar de su paciente, sino que en el estudio clínico dedica una cantidad demencial de espacio a describir al marido en términos en absoluto clínicos: «El marido era alto, atlético y musculoso; dice que no eyacula rápidamente y que posee una extraordinaria potencia copulatoria», explica, y se esfuerza por asegurar al lector «que no era culpa del marido que el vaginismo no permitiera la penetración ni la dilatación».[60]

Es una muestra de que no hay ninguna circunstancia, ni siquiera un estudio clínico centrado explícitamente en la salud vaginal de una mujer, que los hombres no estén dispuestos a aprovechar para hablar de la potencia de sus penes.

Es más, en la medida en que los doctores intentaron tratar el vaginismo, solían hacerlo desde la perspectiva de procurar la accesibilidad sexual de la paciente y no su salud; la literatura de la época rara vez habla de restaurar la función sexual completa de la mujer, sino que se centra en que se logre abrir la vagina lo suficiente para permitir la entrada del pene y se preocupa muy poco por la comodidad de ella. En este sentido, tenemos que reconocerle cierto mérito a Sims, quien a estas alturas ya era conocido por innovar con su pionera operación para reparar la fístula vesicovaginal: cuando la paciente mencionada antes llegó a su consulta, él optó de manera explícita por buscar mejores soluciones para su trastorno. «No voy a negar que ante un caso de vaginismo podemos dilatar para permitir la penetración, pero, en la mayoría de los casos, si se trata de esta manera, el acto sexual es muy doloroso», escribió.[61]

Fue Sims quien le puso nombre al vaginismo y también quien en 1857 propuso una solución quirúrgica —la extirpación del himen, seguida de una incisión en la vagina y el uso de un dilatador durante el período de sanación—, que él creyó que permitiría a las mujeres aquejadas de la enfermedad mantener relaciones sexuales sin dolor.[62] Pero incluso el enfoque, más compasivo, de Sims estaba

marcado por el paternalismo y la opinión de que para la mujer el sexo era un deber marital y no una fuente de placer en sí mismo. Cuando escribió sobre vaginismo, no lo hizo en cuanto un problema de la mujer, sino con relación al efecto que provocaba en las parejas: «Puedo afirmar con seguridad que no conozco ninguna enfermedad capaz de causar tanta infelicidad en dos personas unidas por contrato matrimonial, y me alegra aseverar que no conozco ningún problema serio más fácil y seguro de curar con garantías que este».[63]

Lamentablemente, la escasa investigación sobre el vaginismo por parte de los doctores que tomaban la dolencia en serio fue gravemente socavada por aquellos que se la tomaban a broma. En 1884, Theophilus Parvin publicó una disertación en el *Philadelphia Medical News*, del que era editor, titulada «An Uncommon Form of Vaginismus» [«Una forma poco habitual de vaginismo»].[64] (Parvin afirmaba haber tratado el trastorno con el que al parecer era su recurso estrella: aplicar una solución de cocaína en los genitales de la paciente.) Por lo visto, el artículo despertó las iras de sir William Osler, el brillante médico diagnosticador que había creado el modelo de residencia en la educación clínica y que dedicaría los últimos años de su vida a hacer campaña en contra de la inclusión de las mujeres en las facultades de Medicina. Osler era tan escéptico respecto a la idea del vaginismo y estaba tan empeñado en desacreditar la investigación sobre el tema de un rival que ese mismo año lanzó una ofensiva contra Parvin publicando un artículo falso en el que describía una forma todavía menos habitual de vaginismo, tan potente que era capaz de capturar el pene del desdichado amante dentro del cuerpo de la mujer.[65]

Osler, que firmó el artículo con un seudónimo, se inventó la historia de una visita médica a una casa privada, donde el pene de un entrenador se había quedado atrapado dentro del cuerpo de la sirvienta con la que estaba manteniendo relaciones sexuales. «Usé agua, luego hielo, pero, al no surtir efecto, mandé a buscar cloroformo; tras unas inhalaciones, la mujer se quedó dormida, se

relajaron los espasmos y pudo liberarse el pene cautivo, que estaba inflamado, lívido y en un estado de semierección que duró varias horas; el órgano estuvo muy dolorido varios días», escribió, invocando sin querer el fantasma de la paciente real de Sims a quien el médico de cabecera le daba éter antes del sexo.[66]

Si Osler hubiera sido una persona menos influyente, o si hubiera revelado enseguida que todo era una broma, habría tenido su gracia. Pero siendo la realidad la que era, lo que consiguió fue convertir el vaginismo en un chiste y hacer retroceder la sensibilidad de la comunidad médica por el trastorno de tal manera que aún no se ha recuperado. En la actualidad, el vaginismo aparece en el *DSM* como un trastorno psiquiátrico.[67] Y sigue siendo increíblemente difícil de tratar, en gran medida porque persiste la idea —originada y perpetuada por algunos de los médicos de mujeres más innovadores de la historia— de que no es necesario que las mujeres disfruten del sexo. De que su salud sexual no está definida por su placer, sino por su capacidad de estar disponible para un hombre. Y, si duele, no importa; eso es, y significa, en definitiva, ser mujer.

El doctor Meigs, profesor de Ginecología en la Facultad de Medicina de Harvard y jefe de personal del Vincent Memorial Hospital de Boston, sugería que, para atajar la endometriosis, no había que usar técnicas médicas, sino que lo que hacía falta era que los progenitores financiaran un matrimonio temprano [...]. Los problemas que genera la dolencia en la paciente, siguió diciendo, quedaban muy ensombrecidos por la importancia de la infertilidad que provocaba entre las personas «inteligentes, formadas, educadas y socialmente cívicas, la llamada clase alta».

The New York Times,
«Social Ill Is Laid to Endometriosis»
[«Enfermos sociales se atribuyen
a la endometriosis»], 1948[68]

Durante quince años, los médicos le han estado diciendo a Dana que es normal.

Sus reglas, tan dolorosas y abundantes que apenas puede moverse durante cinco días al mes, y mucho menos ir a clase o practicar deporte, son normales.

Aquella vez que la sangre empapó el saco de dormir y manchó la alfombra en una fiesta de pijamas: normal.

Los dolores de cabeza crónicos, el estómago revuelto y las recurrentes y exasperantes candidiasis: normales.

Las infecciones del tracto urinario y las evacuaciones dolorosas: normales.

La primera vez que tuvo relaciones sexuales y pensó que se iba a desmayar del dolor: normal.

La segunda vez, y la quinta y la decimoquinta, cuando vio que no mejoraba nada: normales.

Lo peor de todo es que los médicos quieren ayudar. Tienen tantas ganas de ayudar que siempre ofrecen alguna solución nueva y, sea cual sea, Dana siempre la acepta. Sí, la probará. Sí, hagámoslo. La han pinchado, le han hecho raspados, citologías y biopsias; ha dado litros de sangre para analizar; ha tomado anticonceptivos que no quería y antibióticos que no necesitaba, y se ha untado diligentemente decenas de ungüentos. Ha bebido litros de agua y meditado muchas horas. Ha cambiado la dieta: de paleo a pescetariana, a vegana y a keto. Ha hecho fisioterapia para el suelo pélvico. Ha probado todos los tipos de papel de váter, dos veces.

Hace todo esto no porque funcione, nunca lo hace, sino porque necesita que sus médicos vean que lo está intentando. Aunque nada de lo que sugieren la ayude, su mayor miedo es que un día dejen de sugerirle cosas. Que tiren la toalla y digan en voz alta lo que es evidente desde el primer día: que no tienen ni idea de lo que le pasa.

Que empiecen a pensar que, en realidad, no le pasa nada.

* * *

Hoy en día, la atención médica que los médicos ofrecen a las mujeres que padecen enfermedades del sistema reproductor es mucho mejor que la de sus predecesores a lo largo de la historia. Aun así, las mujeres siguen teniendo dificultades a la hora de recibir una atención adecuada en el contexto de un desconocimiento escandaloso del aspecto que tiene un sistema reproductor femenino sano.

Pensemos en la endometriosis, una de las enfermedades más incapacitantes y menos comprendidas de cuantas afectan la salud reproductiva de las mujeres, considerada en un reciente análisis histórico llevado a cabo por un equipo de ginecólogos de Stanford «uno de los más gigantescos errores de diagnóstico en masa de la historia de la humanidad; culpable de que muchas mujeres hayan sido víctimas de asesinato durante siglos, condenadas a los manicomios y a soportar toda una vida de dolor físico, social y psicológico».[69]

La endometriosis ocurre cuando un tejido similar al recubrimiento del útero crece fuera de este, bien en los ovarios o las trompas de Falopio, bien, a veces, en el intestino, el recto u otras zonas de la pelvis. Debido a las diferentes localizaciones donde se presenta en el cuerpo, los síntomas potenciales de la endometriosis son muy variados: las mujeres aquejadas pueden experimentar dolor pélvico crónico, períodos inusualmente dolorosos, dolor durante la penetración coital e infertilidad, pero también problemas gastrointestinales, infecciones del tracto urinario, incontinencia, etcétera. El trastorno afecta al menos al 10 por ciento de las mujeres en Estados Unidos y de media tarda siete años en ser diagnosticado.[70] En esos siete años, las mujeres sufren un calvario atroz, tanto por los propios síntomas como también por la frustración de tener que lidiar con un sistema médico que sistemáticamente ignora, diagnostica mal o tacha la endometriosis de imaginaria. Dana, la paciente cuya historia abre este apartado, es una mujer real y un estudio clínico perfecto: a lo largo de más de una década vivió un calvario mientras los médicos le decían que era

normal que el sexo fuera una tortura, como también lo era que durante la menstruación tuviera unos calambres que la dejaban sin fuerzas y que durmiera con una toalla en la cama porque empapaba un tampón y una compresa en cuestión de horas. En momentos diferentes le han diagnosticado de todo, desde síndrome del colon irritable a cistitis intersticial; muchas veces le han dicho que quizá solo fuera ansiedad.

Dana dio finalmente con un especialista que le diagnosticó la endometriosis. Pero incluso este detalle ilustra lo resquebrajado que está el sistema médico en lo que respecta al tratamiento de las mujeres que padecen esta enfermedad: tuvo que dar con el especialista ella sola, tras años de ir de médico en médico con unos síntomas que nadie reconocía.

El modo en que Dana fue rebotando dentro del sistema durante más de una década hasta ser diagnosticada es el resultado natural de una cultura —y también de un aparato médico— que ha normalizado el dolor pélvico en las mujeres. El escepticismo que rodea los síntomas de la endometriosis se inculca pronto en los médicos. Durante mi formación, cuando pasaba planta en unas Urgencias de Boston, me encontré con una mujer llamada Emilia que se retorcía de dolor en una cama, llorando y encogiéndose. Era evidente que le pasaba algo terrible, pero cuando el supervisor de residentes me vio escribir su nombre en la pizarra para que la admitieran en el triaje, se acercó y lo borró.

«Esa que está ahí llorando como una histérica es una habitual. No le pasa nada, busca a otro paciente», dijo.

En cierto modo, tenía razón: Emilia había venido a Urgencias dos veces antes, siempre por las mismas fechas del mes. Su dolor se correspondía exactamente con su ciclo menstrual, un síntoma clásico de la endometriosis. Pero incluso en un hospital lleno de doctores, nadie relacionó ambas cosas; al contrario, se encogían de hombros y decían que lo que le pasaba estaba en su cabeza.

La falta de interés actual por la endometriosis viene precedida de décadas de desdén, de síntomas que se han despachado sin más

como las quejas falsas de unas mujeres débiles, dramáticas o ambas cosas. En las décadas de 1970 y 1980, la endometriosis recibió el apodo de «la enfermedad de la mujer trabajadora», al establecerse el consenso entre los médicos de que el mal derivaba del estrés de la vida profesional.[71] En esa época, una mujer diagnosticada de endometriosis tenía menos probabilidades de recibir tratamiento médico y más de que le dijeran que el problema se resolvería solo si dejaba su trabajo y se quedaba en casa. Mientras tanto, a las mujeres que no tenían hijos se les decía que quedarse embarazadas las curaría, un mito extraño que ha demostrado ser pertinaz incluso hoy.

De hecho, la idea de que las mujeres están biológicamente predestinadas a ser madres sigue ejerciendo una inquietante influencia en esta área de la medicina reproductiva: una mujer con endometriosis que se presente en la consulta con problemas de fertilidad será diagnosticada en la mitad de tiempo que otra que busque ayuda porque sufre de períodos dolorosos. Y, aunque uno de los tratamientos más habituales para la endometriosis es la histerectomía, algunas mujeres jóvenes que la solicitan se encuentran con que los médicos se la niegan: «Puede que quieras tener hijos algún día», les dicen, como si ellas no supieran qué es una histerectomía.[72]

Incluso ahora, el sistema médico funciona bajo las mismas suposiciones de siempre: la salud, la felicidad y la liberación del dolor de una mujer son aspectos secundarios, menos importantes que su destino biológico de ser madre. E incluso ahora, este sistema intimida a las mujeres para que se sometan, como ha hecho siempre. Si el fantasma de doctores como Storer, Dickinson, Morris, Parvin y Freud sigue asomando acechante en la medicina de las mujeres, las propias mujeres están embrujadas por los fantasmas de las pacientes de aquellos. Mujeres que se sometieron al coito en estado comatoso bajo las órdenes del médico. Mujeres a las que les hicieron creer que un funcionamiento normal y saludable de su cuerpo era enfermo y depravado. Mujeres como la señora B., una

esposa joven y corriente que amaba a su marido y la intimidad física del matrimonio, pero que se convirtió en otra persona y otra cosa tras atravesar las puertas de la consulta del ginecólogo: una mujer asustada, complaciente y tan convencida de tener los defectos que le atribuía un poderoso doctor que estaba dispuesta a hacer todo lo que este le pidiera.

* * *

De todos los sistemas que conforman el cuerpo humano y de todas las áreas que los médicos intentan tratar, el sistema reproductor femenino sigue siendo el más incomprendido y el más plagado de prejuicios entrelazados con el tejido mismo de la medicina desde que esta empezó a practicarse. Lo que al principio fue la creencia de que el cuerpo de la mujer es una variación malograda e invertida del ideal masculino ha evolucionado hasta hoy reconvertida en la idea de que los cuerpos de las mujeres son misteriosos e indiscernibles, lo que provoca que se margine a las mujeres de los debates en torno a sus cuidados. A lo largo de la historia, los médicos han considerado con frecuencia la salud de sus pacientes femeninas un aspecto secundario, siempre antecedido por las necesidades de otros: los hombres con los que están casadas o los bebés que engendran. Incluso hoy, el bienestar de las mujeres durante el embarazo recibe menos compasión que el del feto. E incluso hoy, la tasa de mortalidad materna en Estados Unidos es diez veces más alta que en otros países desarrollados y afecta de manera desproporcionada a las mujeres pobres y pertenecientes a una minoría.

Por otro lado, los problemas de la salud sexual y reproductiva que afectan de manera específica a las mujeres siguen siendo ignorados por unos doctores a los que no se les ha formado para verlos. Que la educación médica estándar produzca unos licenciados prácticamente analfabetos en lo concerniente a la ubicación, la estructura y la función del clítoris no es más que el principio; la

ignorancia es generalizada, se percibe en todo: en la atención a la endometriosis, a la disfunción sexual o a ciertos tipos de cáncer, entre otros trastornos. El de ovario, por ejemplo, que mata a catorce mil mujeres cada año, aparece mencionado con frecuencia en la literatura médica con el apelativo de «el asesino silencioso», pero, de hecho, la mayoría de las mujeres tienen síntomas por los que acuden en busca de atención médica cuando la enfermedad está en sus primeras fases.[73] En 2022, la ginecóloga oncóloga Barbara Goff encuestó a 1.700 pacientes de cáncer de ovario y descubrió que los errores de diagnóstico aumentaban: «En el 15 por ciento de los casos los síntomas se habían achacado a un síndrome del intestino irritable; en el 12 por ciento, al estrés; en el 9 por ciento, a la gastritis; en el 6 por ciento, a un estreñimiento; en el 6 por ciento, a una depresión y en el 4 por ciento, a otras causas. Al 30 por ciento las trataron de otra enfermedad y al 13 por ciento les dijeron que no tenían nada».[74]

El problema no es que el cáncer de ovario sea silencioso, es que no escuchamos.

Y luego está el tema del sexo, por supuesto.

«Aún hoy, cuando digo que trabajo en la salud sexual femenina, la gente asume de forma automática que me refiero a las infecciones de transmisión sexual», dice Lyndsey Harper entre risas.[75] Harper es profesora asociada de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Texas A&M, miembro del American Congress of Obstetricians and Gynecologists (Congreso Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos), miembro de la International Society for the Study of Women's Sexual Health (Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer) y creadora de Rosy, una aplicación para el bienestar sexual de la mujer. Además, es experta en todas las maneras que tiene el sistema de fracasar a la hora de darle prioridad a la sexualidad de la mujer y en las razones por las que esto sucede. «Las personas que construyeron la medicina eran hombres, y en su opinión la sexualidad de la mujer tenía dos funciones. La primera era la

reproducción. La segunda era la prevención, o, mejor dicho, la no propagación de infecciones de transmisión sexual.»[76]

Es un punto ciego inmenso que en la actualidad se manifiesta como un enorme agujero negro en la consciencia médica respecto a la salud sexual de la mujer, pese a que la función sexual del hombre ha sido siempre una prioridad a la hora de proporcionarles atención médica a ellos. Tal y como señala Harper: «Cuando un hombre llega a la consulta con un cáncer de próstata, la primera conversación que mantiene con su urólogo es sobre cómo mantener la función eréctil».[77] Con las mujeres, en cambio, no se tiene la misma consideración. Esta falta de comunicación, además de reflejar desinterés, señala un apabullante desconocimiento de cómo funciona realmente el cuerpo de la mujer, lo cual tiene repercusiones que van de problemáticas a trágicas. Médicos incautos o mal informados han causado lesiones en el clítoris de sus pacientes durante procedimientos como cirugías de reemplazo de cadera, episiotomías o labioplastias, que resultan en disfunciones sexuales que alteran sus vidas para siempre y que nadie sabe cómo arreglar (y que las propias mujeres a veces tienen dificultades para explicar).

«Nos han enseñado a pensar en nuestra sexualidad como algo independiente de nosotras que es necesario gestionar. Y por eso a lo largo de los años nos enseñan a no hacerle caso, a comportarnos e ignorarla. Y eso hacemos. Hacemos oídos sordos. Las mujeres tienen dificultades con la experiencia del placer. Muchas de nosotras ni siquiera sabemos qué significa eso», dice Harper.

En su estado actual, la medicina no puede ayudar a las mujeres a descubrir ese significado ni instilar en nosotras una sensación de autoridad y dominio sobre nuestro propio cuerpo. Lo veo todos los días en mi consulta: mujeres exitosas y seguras de sí mismas que de pronto se encogen en cuanto atraviesan la puerta de mi sala de exploración y se disculpan por ocupar demasiado espacio o hacer demasiadas preguntas. Hay muchos ejemplos: la directora ejecutiva de una empresa emergente, de treinta y cinco años, que confiesa que no tiene ni idea de cómo tener un orgasmo o la periodista que

no se anda con rodeos a la que le da miedo indagar en los detalles de su plan de tratamiento para el cáncer que padece. Una de mis pacientes, superviviente de un cáncer de mama especialmente agresivo con treinta y un años, me reconoció, muerta de vergüenza, que le estaba costando disfrutar del sexo con su marido y que no se debía al cáncer, sino a que no podía alcanzar el orgasmo con la penetración únicamente: «¿Dónde está el puñetero punto G ese que se supone que tengo?».

Hay desconocimiento y miedo y, subyaciendo lo anterior, una sensación de vergüenza generalizada: a lo largo de mil años de mensajes tóxicos y manipulación, les hemos enseñado a las mujeres que, si algo no va bien con respecto a su salud sexual, es porque algo no está bien en ellas, en su persona.

Digo «hemos» porque estos puntos ciegos y sesgos ya no son culpa de un único individuo, sino que se deben a un fracaso colectivo y heredado. Se han incorporado al sistema, a la sociedad y nos afectan a todos.

A todos los pacientes.

A todos los doctores.

Incluso a mí.

Fue una mujer llamada Anne quien me hizo despertar y darme cuenta del modo en que yo estaba perpetuando el legado del prejuicio médico que rodea la salud sexual de la mujer. Llevaba siendo mi paciente poco más de un año y había terminado un tratamiento para su cáncer de mama en estadio 1 que había funcionado. A sus ochenta años, era dinámica, elegante y no aguantaba tonterías de nadie; y había esperado a nuestra última cita para decirme lo tonta que había sido yo.

«Odio la nueva medicación esa que me estás dando. Me fastidia mis ratitos con mi amigo especial», me dijo.

Mi primera reacción fue sorprenderme. Después de más de un año, conocía a Anne bastante bien. No estaba casada y siempre había venida sola a las citas, pero había dado por hecho que, de

haber una persona especial en su vida, me lo habría comentado. Cuando vio la cara que ponía, sacudió la cabeza sonriendo.

«Doctora Comen, mi amigo no es un hombre. Es un vibrador», aclaró.

Las dos nos echamos a reír, pero detrás de ese instante de ligereza me llegó una epifanía estremecedora: le había recetado a Anne un inhibidor de estrógeno para prevenir una recidiva del cáncer y, en el año transcurrido desde entonces, solo le había preguntado si había experimentado dolor en las articulaciones, pese a que la sequedad vaginal y la pérdida de libido son otros efectos secundarios consabidos. Simplemente yo había dado por hecho que estas cosas no le importarían. A fin de cuentas, tenía ochenta años. Y, por culpa de mi desinterés, le había arrebatado una de las alegrías de la vida en un momento en el que no tenía muchas.

Fue una llamada de atención.

La siguiente vez que vi a Anne fue en una visita de seguimiento para ver cómo estaba respondiendo a su nueva medicación, una que no tenía los molestos efectos secundarios para la salud sexual. Decía que le estaba funcionando de maravilla, pero eso era lo de menos, había algo que tenía que ver. Sacó del bolso un periódico y le empezó a dar golpecitos insistentes con el índice, enfurecida.

«Mira esto», me ordenó mientras señalaba un titular que rezaba: «El sexo vende, pero, cuando hablamos del placer femenino, el metro de Nueva York lo pone en duda».[78] Las autoridades municipales de Transportes habían prohibido los anuncios de una empresa de juguetes sexuales para mujeres. Según ellos, los anuncios eran obscenos, a pesar de que había anuncios para productos relacionados con la virilidad masculina pegados en los autobuses y los metros neoyorquinos desde el Bronx hasta Staten Island.

«Menuda gilipollez», dijo Anne.

No podía estar más de acuerdo.

CONCLUSIÓN

Mientras me documentaba y escribía este libro, en todo momento era consciente de que, como doctora, estoy totalmente inmersa en el mismo sistema que intento criticar. Sé que el legado de escepticismo, falta de confianza y desconocimiento del cuerpo de la mujer que se oculta en los cimientos de la medicina moderna es el legado en el que estuve inmersa mientras estudiaba Medicina y de cuya perpetuación en mi práctica como oncóloga especializada en cáncer de mama soy culpable. Veo su insidiosa influencia en las vidas de mis pacientes cada día. Sin embargo, cuando 2022 llegaba a su fin y yo completaba la investigación que acabaría convirtiéndose en el capítulo dedicado al sistema esquelético, ocurrió algo que me hizo darme cuenta de que no cargo con el peso de ese legado únicamente como doctora. También como mujer y como paciente. Cargo con él incluso cuando es mi cuerpo y mi salud los que están en riesgo.

Se suponía que iba a ser una cirugía menor. Tenía un nervio pinzado en la columna que me entumecía y debilitaba la pierna izquierda; un problema que llevaba ignorando como una idiota casi tres años enteros. Cuando por fin programé la cirugía para la semana siguiente a Acción de Gracias, sentí a partes iguales alivio por ocuparme del asunto por fin y cabreo conmigo misma por haber tardado tanto. Fue una cirugía ambulatoria sencilla y la recuperación, mínima y prácticamente indolora; incluso tras contraer COVID-19 la semana siguiente a la operación, ya estaba en pie y

viendo pacientes de nuevo hacia mediados de diciembre; cansada, pero bien por lo demás.

Entonces empezaron los dolores de cabeza. El dolor y la presión se iniciaban en la base del cráneo y luego se extendían hacia arriba y se ramificaban como dedos invisibles que se juntaban en la parte superior de la cabeza y presionaban hacia abajo con una fuerza demoledora. El dolor remitía ligeramente cuando me tumbaba, pero no podía tumbarme, claro. Tenía que ver a mis pacientes y planificar eventos familiares y la fiesta de Nochevieja de una buena amiga a quien le había prometido que iría. Pero, cuando estaba en el coche, de camino a la fiesta, con el asiento completamente echado hacia atrás para aliviar la presión atroz que sentía en la cabeza, finalmente me di cuenta de por qué mi conjunto de síntomas me resultaba tan familiar: se trataba de un espectro conocido en la literatura médica sobre cirugías de la columna, desde la epidural durante el parto al tratamiento de una hernia de disco. Me volví hacia mi marido.

«Me parece que estoy perdiendo líquido cefalorraquídeo», anuncié.

El líquido cefalorraquídeo (conocido comúnmente con las siglas LCR) es un fluido acuoso que baña y amortigua el cerebro, circula ininterrumpidamente a través de sus ventrículos y por su superficie antes de bajar por la columna. Un nivel adecuado de LCR permite al cerebro flotar dentro del cráneo y no se nota en absoluto; en cambio, una pérdida de LCR se manifiesta en forma de debilitantes dolores de cabeza y la sensación de que la médula espinal te está succionando el cerebro, porque eso es básicamente lo que está sucediendo. Por eso me dolía tantísimo la cabeza y también por eso me sentía mejor al tumbarme. Cuando la gravedad no estaba haciendo un vacío en el cráneo, la presión desaparecía de inmediato.

Las pérdidas de LCR no son habituales, pero tampoco insólitas después de una cirugía de la columna como la que me acababan de hacer, y, aunque son graves, también son increíblemente fáciles de solucionar. En el peor de los casos, tendría que volver al hospital para que me pusieran un parche hemático: una inyección para

taponar la abertura por donde se fuga el líquido. Y si bien nada de esto me ayudó en el instante —seguía sintiendo un dolor atroz—, llegué a la fiesta sintiéndome bastante confiada, pues sabía lo que me estaba pasando. Ya había empezado a esbozar un correo electrónico dirigido a mi cirujano de la columna explicándole el problema; guardé el teléfono, saludé a mi amiga y apoyé inmediatamente la cabeza en la encimera de la cocina, haciendo caso omiso a las miradas alarmadas de los demás invitados. Cuando mi amiga me preguntó qué pasaba, le dije, como si nada, que estaba perdiendo líquido cefalorraquídeo, pero que me pondría bien si me traía un ibuprofeno.

«¿LCR? Eso es imposible.» Una voz masculina llegó a mis oídos. Levanté la mirada y vi a un hombre sobre mí: un renombrado cirujano plástico al que conocía solamente por su reputación. Corría el rumor de que era el responsable de cada recorte, pliegue, *lifting* e implante de un cierto grupo de amas de casa ricas. Ahora lo tenía a mi lado, mirándome desde arriba como si yo yaciera en su mesa de operaciones instalada en la encimera de mármol de la cocina de mi amiga.

«Imposible —repitió—. No, yo sé exactamente lo que tienes. Es neuralgia occipital. Un nervio pinzado en el cráneo. Se soluciona con bótox o lidocaína, pero yo he visto que los casos más incurables requieren cirugía. Mira, te lo voy a enseñar…»

De pronto me vi un móvil delante de la cara y yo giré la cabeza obedientemente para mirarlo mientras el cirujano pasaba una foto detrás de otra de cráneos abiertos dejando a la vista el nervio occipital. Según él, la cirugía hacía milagros, pero él ya no la practicaba; me tendría que recomendar a otro, a menos —y en ese momento soltó una carcajada— que quisiera que me abriera el cráneo allí mismo.

De algún modo, conseguí reírme.

«No, gracias», dije y me fui a rastras hasta el sofá, donde me pasé el resto de la fiesta tumbada sobre un cojín, tratando de no gritar cada vez que levantaba accidentalmente la cabeza. De camino

a casa, me estiré en el asiento de atrás. En ese momento decidí que, por muy festivo que fuera, al día siguiente llamaría a mi cirujano.

Y eso hice. Pero cuando leí el correo que le había enviado, se me pusieron los vellos de punta. Era el correo que había empezado a esbozar en el coche la noche antes, pero con una diferencia clave. En el mensaje original, mencionaba en el asunto mi diagnóstico de fuga de LCR. Pero eso había sido antes de la fiesta, antes del cirujano, antes de las fotos de cráneos abiertos dejando al descubierto el nervio occipital.

Ahora decía simplemente: «¿Neuralgia occipital?».

* * *

Como probablemente ya habrás adivinado, no tenía neuralgia occipital. Mis síntomas no lo sugerían ni remotamente, pero sí coincidían con la fuga de LCR que me había diagnosticado al principio y que me confirmaron en Urgencias unos días después. Al final, después de que una resonancia revelara una inflamación alrededor del cerebro, congruente con una pérdida de líquido, y después de que me hicieran una intervención para reparar el pequeño desgarro de la meninge por la que se me estaba saliendo el líquido cefalorraquídeo, me tuve que reír, no sin un regustillo amargo, por lo irónico del asunto: pese a mi formación médica y mi conocimiento y dominio sobre mi propio cuerpo, e incluso al hecho de que estaba escribiendo un libro sobre el sesgo de género en medicina, mi confianza se había desvanecido en el momento en que un exitoso, reputado y jactancioso cirujano varón se me había acercado y me había llamado ridícula.

Pero eso fue después. Lo que dije en ese momento, en cambio, fue menos inteligente y más revelador. Fue cuando estaba tumbada en una camilla con cortina de la sala de Urgencias y apenas podía moverme mientras una enfermera me movía los brazos y las piernas para quitarme la ropa de calle y ponerme una bata de hospital. La

miré y gimoteé: «Lo siento, se me ha olvidado ponerme desodorante».

* * *

Al escribir estas palabras, no se me escapa el hecho de que las mujeres están más representadas que nunca en medicina si nos atenemos solo a las cifras. En 2022, las mujeres supusieron cerca del 57 por ciento de todas las solicitudes de ingreso en una Facultad de Medicina y casi el 38 por ciento de los doctores en activo. Es un logro extraordinario teniendo en cuenta que el porcentaje total de mujeres doctoras en 1990 era el 28 por ciento solamente, o que Harvard, la Facultad de Medicina más prestigiosa del país, ni siquiera admitía a mujeres antes de 1945. Y, pese a todo, el lento goteo de mujeres en medicina no ha disipado la ideología subyacente que un día conspiró para marginar y desacreditar las prácticas de sanación más holísticas que ellas dominaban y las empoderaban.

La división inicial entre los médicos que practicaban la medicina moderna y los supuestos irregulares que no —una división que apartaba en masa a las numerosas mujeres que trabajaban como curanderas y parteras— se ha vuelto más estricta y se ha multiplicado para formar una serie de binarios irreconciliables: científico frente a homeopático; occidental frente a oriental; tradicional frente a experimental, y, sí, masculino frente a femenino. Y, en este aspecto, lo masculino sigue ganando. La creciente paridad de sexo en cuanto a quién practica la medicina no ha llevado a una feminización de la medicina misma. De hecho, el *establishment* médico sigue siendo un sitio en el que los aspectos más «femeninos» de la medicina —la atención personalizada, la relación con el paciente, el cuidado, la pacificación y el enfoque de un bienestar que sea para toda la vida y que vaya más allá de curar enfermedades— son continuamente infravalorados.

En el proceso de documentación para este libro, me encontré con un estudio de 2009 del National Institutes of Health que

confirmaba lo que hace tiempo ya viene siendo un fenómeno observable: en general, las mujeres tienden a trabajar con personas, en tanto que los hombres prefieren trabajar con cosas.[1] En ese momento me di cuenta de que nuestro *establishment* médico moderno, en el que los doctores eligen pronto una especialización que se centra en un único sistema o parte del cuerpo, trata a menudo a los pacientes como objetos rotos que hay que arreglar en lugar de como a personas que necesitan cuidados. Es un problema, y no solo por cómo hace sentir a los pacientes: ¿cuántos errores de diagnóstico se deben a que los médicos se centran únicamente en lo que parece relevante para su especialidad y a que la limitación de quince minutos por paciente les obliga a pasar por alto, e incluso ignorar, la interacción entre los diferentes sistemas?

Y, pese a todo, el sistema actual recompensa este enfoque superespecializado de la medicina. No se trata solamente de nuestro sistema de historias clínicas y facturación de seguros, que reduce a los pacientes a una serie de códigos informáticos o, peor aún, que permite que pasen inadvertidos cuando sus síntomas no son fáciles de clasificar. Los médicos consiguen promociones y se hacen famosos por sus logros científicos: el descubrimiento de moléculas, los mapas genéticos o el desarrollo de nuevos tratamientos innovadores que aparecen en los titulares de *The New York Times* o en secciones de la CNN. Por el contrario, nadie consigue una promoción únicamente por su amabilidad, su empatía o por hacer que los pacientes se sientan escuchados. De hecho, los elogios y las recompensas más extravagantes de este paradigma se reservan a los médicos que rara vez ven a los pacientes, o que los ven como figurantes en una historia sobre un descubrimiento científico.

Sin embargo, no tiene por qué ser así. Por cada idea absurda o prejuicio que aún persiste en el sistema, hay médicos que trabajan para combatirlos, desmantelarlos y construir algo mejor. A lo largo de estas páginas han pasado algunas de estas personas: Saadi Ghatan, Lyndsey Harper o JoAnn Manson, entre otras. El suyo es un

modelo de lo que puede lograrse con la determinación de una sola persona.

Imaginemos lo que podríamos conseguir si el modelo se convirtiera en un movimiento.

Incluso los cambios más graduales podrían mejorar drásticamente la vida de todas las personas que entran en contacto con el sistema médico, especialmente las mujeres, pero no solo ellas. Todas las mujeres con las que he hablado para elaborar este libro mencionaron el concepto de la «consulta a la mami»: se espera que las mujeres en los entornos médicos sean las que escuchen, las que dediquen tiempo extra a los pacientes, las que, además de curar, cuiden. Ahora mismo, la gente da por hecho que esto es así porque las mujeres cuidan más. ¿Qué pasaría si les diéramos mucho valor a estas habilidades y las premiáramos como merecen para que todos los médicos tuvieran un incentivo para relacionarse de ese modo con los pacientes? ¿Qué pasaría si aplaudiéramos a los médicos, enfermeros y profesionales de la medicina que se inclinan por las especialidades que ponen en el centro la humanidad del paciente —pediatría o medicina interna, por ejemplo— igual que aplaudimos a los diestros cirujanos que transforman rostros, reemplazan articulaciones u operan columnas y cerebros?

* * *

El 21 de octubre de 1925, el doctor Francis W. Peabody pronunció un famoso discurso dirigido a los estudiantes de Harvard sobre la importancia de la humanidad en el ejercicio de la medicina. Rogó a aquellos aspirantes a doctores que en su empeño por preservar y proteger el cuerpo físico del paciente no descuidaran lo que denominó «vida emocional». Que vieran a la persona que necesita cuidados y no solo la máquina estropeada que necesita que la reparen.

«Un buen médico conoce a fondo a su paciente y su conocimiento se paga bien. Tiene que ser generoso al prodigar su

tiempo, su simpatía y su comprensión, pero hallará su recompensa en ese lazo personal que supone la mayor de las satisfacciones que da la práctica de la medicina. Una de las cualidades esenciales del clínico es su interés por la humanidad, puesto que el secreto de la atención al paciente es cuidar al paciente.»

Peabody no podía imaginar entonces cuán clarividentes serían esas palabras cien años más tarde, pero lo son. Las raíces torcidas que plantaron doctores como Henry Cotton, Horatio Storer o Jean-Martin Charcot siguen debajo de nuestros pies y aún dan fruto en forma de un sistema inestable, fragmentado y disfuncional que despoja de atención a doctores, pacientes, hombres y mujeres por igual, dejándolos a merced de terceras partes indiferentes que solo piensan en el beneficio económico y no en el bienestar de sanitarios ni pacientes. Aun cuando las páginas de este libro narran los pormenores de cómo algunos hombres de la medicina han fracasado a lo largo de la historia de manera absurda, alarmante y a veces catastrófica a la hora de ver la humanidad de las mujeres que trataron, nosotros no deberíamos caer en la arrogancia de asumir que en nuestra época, más ilustrada, estamos exentos de cometer errores parecidos.

Lo anterior es mi mensaje al sistema médico. A los lectores, que no tienen más remedio que relacionarse con este sistema imperfecto, les quiero lanzar uno diferente: que, pese a sus muchos y bien documentados defectos, trabajan en él personas que fueron llamadas al ejercicio de la medicina por su vocación de cuidar. El propósito de este libro no es acabar con tu fe en la medicina ni señalar a los hombres que la construyeron, sino arrojar luz sobre los relatos que se iniciaron con ellos y todavía nos rodean acerca del cuerpo de la mujer, la salud de la mujer y las necesidades y los deseos de la mujer. ¿Cuántas de estas historias se repiten cada vez que una mujer entra en una consulta en la actualidad? ¿Cuántas veces has sentido ese mismo miedo, o vergüenza, o incapacidad de decir la verdad sobre lo que le estaba pasando a tu cuerpo?

¿Cuántas de las historias de este libro recuerdan a alguna que te has estado contando, sin ser consciente, durante años?

Y una vez que has escuchado estas historias, ¿te imaginas elegir contar una diferente?

Una de mis mayores esperanzas al escribir este libro es que proporcione a las mujeres las herramientas que necesitan para exigir la atención que merecen. Incluso en un sistema imperfecto, entender el modo en que funciona es poderoso: cómo comunicarse mejor con los sanitarios, cómo sacar el máximo provecho de las citas de quince minutos, cómo reconocer y trabajar dentro de las categorías en las que el sistema inevitablemente te clasifica. No hay que temer hacer preguntas sobre el propio sistema: ¿qué cabe esperar de forma realista en una cita? ¿Cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con el médico cuando se necesita una respuesta rápida? No hay que temer preguntarse antes de una cita qué es lo que de verdad te preocupa de tu cuerpo, no lo que crees que debería preocuparte ni lo que crees que tu médico podrá abordar más cómoda y fácilmente. Si tu médico parece incómodo o te atiende con prisas, cambia de médico. Por otro lado, si tu médico te hace sentir que confía en ti y que te respeta, devuélveselo diciéndole sin rodeos por qué estás ahí y confiando en que quiere ayudarte.

* * *

Hay un poema de e. e. cummings en el que pienso cada vez que me abro camino por los laberínticos y exasperantes archivos de nuestro sistema electrónico de historias clínicas, intentando captar cada trastorno, cada síntoma, cada matiz del sufrimiento humano mediante una serie de codificaciones diagnósticas.

Mientras tú y yo tengamos labios y voces
para besar y cantar,
¿qué más da si algún cabrón corto de miras

inventa un instrumento para medir la primavera?

Cierto, es fácil para un poeta decirlo. Claro, los doctores no podemos permitirnos prescindir de las medidas por completo; limitarnos, como dice cummings, «a comer flores y no temer». Necesitamos un modo de catalogar y documentar y, sí, cobrar los cuidados del paciente que entra en la consulta.

Pero también creo en que podemos hacerlo mejor de lo que hemos sido y mejor de lo que somos. El hecho de que ya no demonicemos a las mujeres tachándolas de propagadoras de contagios ni las institucionalicemos por ser difíciles es un principio, no una meta. Creo en que se puede lograr un sistema médico que equilibre eficiencia y humanidad. Que valore a los médicos que cuidan tanto como valora a los que descubren.

Creo en un futuro en el que, en los momentos terribles en que una paciente va a la deriva en un océano de dolor, miedo e incertidumbre, yo coja su mano y ninguna se disculpe. Ni por sudar ni por llorar ni por nada, porque no hay nada que lamentar.

AGRADECIMIENTOS

Durante los años que pasé revisando las viejas historias clínicas y los libros de texto médicos que conforman la columna vertebral de este libro, lo que más me llamó la atención fue lo que no encontraba: las voces de las mujeres cuyos cuerpos han hecho posible esta investigación. Las pacientes cuyas historias se reproducen en las páginas de este libro existen en la literatura médica, pero lo hacen casi siempre como cuerpos mudos, y los narradores de sus historias —los médicos que registraron sus dolencias y sus cuidados— rara vez permitieron a sus pacientes hablar sobre los estados de la enfermedad que llegaron a representar. He intentado reproducir las perspectivas de estas pacientes basándome en los datos disponibles, para dar a sus historias la profundidad y la riqueza que merecen, pero me sigue atormentando lo que sé que se ha perdido en la historia: su miedo, su dolor, sus deseos y las vidas que vivieron antes y después de entrar en el engranaje médico. La valentía y la confianza de mis propios pacientes al compartir sus vidas conmigo son para mí una lección de humildad y me llenan de agradecimiento. Su valor ante la mayor de las amenazas me ha inspirado para escribir estas páginas, y lo sigue haciendo.

Este libro no existiría sin el extraordinario talento de Kat Rosenfield. Kat, tu capacidad para captar todas las facetas de la condición humana —de lo grotesco a lo cómico— con una perspicacia brillante y cercana es inigualable. Tu compromiso con este proyecto y sus objetivos refleja tu naturaleza generosa y tu

dedicación a divulgar como debe ser. Te estaré eternamente agradecida por nuestra colaboración.

Siempre estaré en deuda con mi representante, Yfat Reiss Gendell, por creer en mí y animarme a imaginar la versión más ambiciosa de este libro; por tu maravilloso apoyo y perspicacia a la hora de elaborarlo y de llevarlo hasta los lectores; y, a lo largo de todo ese proceso, por tu insistencia infatigable en que me abstuviera de conformarme y hacer una obra que no fuera la de mis sueños. Me has dado una nueva vida. Gracias también a todo el extraordinario equipo de Yfat: las imprescindibles Ashley M. Napier, Lisa Tilman y Devereux Chatillon.

A mi extraordinaria editora en Harper Wave, Karen Rinaldi, que destacó desde el inicio; desde el momento en que hablamos por Zoom —tú desde tu desenfadado despacho en casa con el cuadro de guitarras eléctricas como telón de fondo; yo desde un despacho libre cualquiera, que casualmente tenía un recorte de tamaño natural de Wonder Woman en la pared detrás de mí—, supe que nuestras visiones coincidían. Estoy profundamente agradecida por tu entusiasmo, agudeza creativa y fina percepción. Eres un unicornio. Gracias al presidente de Harper Group, Jonathan Burnham, y al director general y presidente de Harper-Collins Publishers, Brian Murray. Ningún libro lo crean un autor y un editor solos, por supuesto, y yo me siento en deuda con el excepcional equipo de Harper Wave: Kirby Sandmeyer, editora adjunta; Yelena Nesbit, directora de publicidad; Sacha Chadwick, publicista adjunta; Amanda Pritzker, directora de marketing; Jessica Gilo, directora adjunta de marketing; Cindy Achar, editora jefe; Christina Polizoto, editora jefe; Janet Rosenberg, correctora de estilo (y perdona mis muchísimas notas, tengo estrés postraumático académico); Nikki Baldauf, jefa de producción editorial; Elina Cohen, diseñadora sénior; Leah Carlson-Stanisic, directora del departamento artístico (interior); Joanne O'Neill, directora artística y dibujante de sobrecubiertas (gracias por tener paciencia con Karen y conmigo); Robin Bilardello, director del departamento artístico; Andy LeCount, jefe de ventas, y, por

supuesto, a todo el equipo de ventas que presentó este libro a los libreros e hizo posible que los lectores lo encontrasen.

A mis queridos amigos que me han apoyado: Christina Isacson, a quien agradezco sus visitas diarias y su honda sabiduría. Gracias a Marianna Strongin, Dendy Engelman y a mi gran pandilla de amigos por insistir en que saliera de casa de vez en cuando, aunque hubiera venido la musa, y me sacaran de la historia recordándome que hay que estar presente.

Agradezco profundamente las primeras lecturas y las reflexiones colectivas de las profesoras de Historia de la Ciencia de la Facultad de Harvard: Anne Harrington, Katharine Park y Sarah Richardson, y a Keith Wailoo, profesor de Historia y Asuntos Públicos de la Universidad de Princeton. Sus aportaciones sobre el primer borrador fueron inestimables. Gracias a Danielle Friedman, escritora de gran talento, por reunirse conmigo al principio del proceso de redacción y darme consejos básicos. A mis ayudantes de investigación, Emma Lee Verstraete y K. Stawasz, que colaboraron en la búsqueda de fuentes casi imposibles de encontrar. Gracias a Hannah George por su incansable empeño y entusiasmo compartido, que a veces expresaba sumándose al coro colectivo de gritos de victoria cuando por fin desenterrábamos la fuente histórica tras días de caza. Y a Hanna Polsky: gracias a ti se pueden contar muchos de los relatos de mujeres que aparecen aquí; gracias por honrar sus historias físicas y narradas como lo haces.

Mi agradecimiento a las personas de mi vida que formaron mi visión del mundo y sin las cuales esta obra no habría podido escribirse: mis profesores de primaria y secundaria Jerry Kelly, Jim Dudley y Debbie Mercer. Recuerdo un tenso primer examen de redacción en sexto curso, cuando el señor Kelly me susurró amablemente: «Lo harás bien, dime todo lo que sepas».

No podría haber escrito este libro sin el generoso apoyo y el espacio que me proporcionó mi querido amigo y familia por elección Aaron Rosenberg: en tu casa prestada encontré un lugar tranquilo y protegido donde podía pensar a lo grande.

También estoy en deuda con el doctor Cliff Hudis, director general de la American Society Of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica), quien me aconsejó amablemente que no me adaptara para intentar encajar, permitiéndome así imaginar una vida profesional más flexible fuera del trillado camino académico, lo que en última instancia sentó las bases para este trabajo. De igual efecto e importancia es su compañera de vida y familia, Jane Hudis, cuya visión e impacto en mi vida y en la de innumerables mujeres no se puede subrayar lo suficiente.

Mi agradecimiento al doctor Larry Norton, un mentor profesional cuyo inquebrantable empeño en ayudar a las mujeres me impulsó a dedicar mi carrera a la oncología del cáncer de mama.

Y le doy las gracias a mi querido colega, el difunto doctor Tomas Lyons, quien insistió en que escribiera «ya el puñetero libro».

Mi agradecimiento a mis compañeras de la Facultad de Medicina de Harvard —las doctoras Loretta Erhunmwunsee, Molly McNairy y Tami Tiamfook—, que compartieron su tiempo y su experiencia conmigo, pese a mi evidente mentira piadosa de que nuestras llamadas telefónicas «solo te robarán unos minutos». Además, doy las gracias a los médicos que ofrecieron su tiempo, conocimientos y experiencia para el enriquecimiento del libro: la doctora Kathryn Ackerman, el doctor Omri Ayalon, la doctora Allie Baker, la doctora Sonali Bose, la doctora Bridget Carey, la doctora Lara Devgan, el doctor Ian Dunn, el doctor Charles Galanis, el doctor Saadi Ghatan, el doctor Neil Iyengar, la doctora Angelish Kumar, la doctora Hafiza Khan, la doctora Daniela Jodorkovsky, la doctora JoAnn Manson, la doctora Katherine Lee, el doctor Michael Lockshin, la doctora Linsey Lief, la doctora Susan Lucak, la doctora Ariela Marshall, la doctora Elizabeth Ortiz, la doctora Rekha Parameswaran, la doctora Aviva Preminger, la doctora Kara Long Roche, el doctor Ronyn Sackeyfio, el doctor Noa Schwartz, la doctora Beth Shubin Stein, la doctora Nanette Wegner y el doctor Gil Weitzman.

En la conclusión de este libro he contado que me lesioné inesperadamente durante la creación de esta obra y que necesité más tiempo del esperado para recuperarme. Todo mi agradecimiento a los sanadores que me animaron a frenar y encontrar fuerzas en la quietud. Alegría. Energía. Respiración. Me ayudasteis a encontrar todo eso desde la base.

A mis padres, Steven y Miriam Comen, quienes me pusieron en el camino que me llevó a este libro al animar a mi yo adulta a dejar de ser una niña buena y empezar a hacer preguntas no tan agradables y plantarme e insistir hasta conseguir una respuesta. En ese sentido, agradezco a mi padre que me apoyara cuando le dije que no necesitaba una cocinita de juguete, es más, ni siquiera necesitaba aprender a hornear. Estoy agradecida a mi madre por haberme enseñado con su ejemplo a hacer las preguntas difíciles necesarias para escribir este libro con empatía, amabilidad y conexión humana intuitiva. Y, con las respuestas a esas preguntas plasmadas en las páginas de este libro, espero honrar el legado de las mujeres de nuestra familia. A mi tía Pearl, una presencia tanto en la vida como en la muerte: que las historias de estas mujeres honren la tuya.

Algunos autores señalan el apoyo de sus parejas como el ingrediente fundamental que hizo posible su libro, y es probable que sea cierto en algunos casos y no tanto en otros. En el mío, Avi, mi marido, se pasó años oyéndome soñar en voz alta con la historia de la medicina que tenía la esperanza de sacar a la luz y, cuando por fin se hartó de oírme, me arrastró hasta la casa del que se convertiría en mi agente literario. Me dijo que era un almuerzo informal y que le haría un favor si iba. Pero luego me empujó a superar mi timidez insistiendo en que aceptara su invitación para hablar de mi idea; luego seleccionó posibles compañeros, revisó innumerables documentos, organizó a los niños y a los suegros para dejarme el espacio necesario para trabajar, leyó todos los capítulos que iba escribiendo y me apoyó sin reservas como un apasionado admirador. Así es: él cree en la misión de sacar a la luz esta historia existencial

tanto como yo, pero, más que eso, comprendió que escribir este libro era una cuestión existencial para mí. No muchas mujeres son vistas así por sus parejas, y por ello le estoy agradecida. Eres un ejemplo diario de tesón para nuestros hijos y me has ayudado a encontrar el mío.

Y a mis queridos hijos: Aiden, Myles y Pearl, que me preguntaban continuamente: «Mami, ¿ya has terminado?». Por fin puedo decir: «Sí, amores míos, he terminado». Gracias por vuestra paciencia y apoyo mientras perseguía mi sueño, por vuestros besos por todo el cuerpo y nuestros descansos para bailar sin parar; lo sois todo para mí. Estoy deseando poder estar ahí para apoyaros a cumplir vuestros sueños, siempre.

Notas

Introducción

1. University of Oregon, «Malleus Maleficarum», <https://pages.uoregon.edu/dluebke/Witches442/442MalleusMaleficarum.html> [consultado el 13 de julio de 2023].

(*). La versión en castellano de todas las citas que aparecen a lo largo del libro es de la traductora. No obstante, en los casos en los que las obras citadas o referenciadas cuentan con alguna edición en castellano, se ha incluido la referencia en la nota correspondiente. (*N. de la T.*)

2. «European Witch-Hunts *c.* 1450-1750 and Witch-Hunts Today», en Gendercide Watch, <https://www.faculty.umb.edu/gary_zabel/Courses/Phil%20281b/Philosophy%20of%20Magic/Arcana/Witchcraft%20and%20Grimoires/case_witchhunts.html> [consultado el 13 de julio de 2023].

3. Beatriz da Costa y Kavita Philip (ed.), «Witch Hunts, Healing in Common, and the Struggle for Women's Reproductive and Sexual Anatomy», en *Tactical Biopolitics: Art, Activism, and Technoscience*, Cambridge, Massachusetts, MIT Press, 2008.

4. University of Oregon, «Malleus Maleficarum», *op. cit*.

5. Ibíd.

6. «AMA History», en American Medical Association, <https://www.ama-assn.org/about/ama-history/ama-history> [consultado el 13 de julio de 2023].

7. Más sobre mujeres pioneras en la medicina primigenia estadounidense en Olivia Campbell, *Women in White Coats: How the First Women Doctors Changed the World of Medicine*, Nueva York, Park Row Books, 2022.

8. Christopher J. D. Wallis *et al*., «Association of Surgeon-Patient Sex Concordance With Postoperative Outcomes», en *Journal of American Association Surgery*, vol. 157, núm. 2 (2022), pp. 146-156, doi: 10.1001/jama surg.2021.6339.

9. Charlotte Hedenstierna-Jonson *et al*. «A Female Viking Warrior Confirmed by Genomics», en *American Journal of Physical Anthropology*, vol. 164, núm. 4 (2017), pp. 853-860, <https://doi.org/10.1002/ajpa.23308>.

10. Ibíd.

1. Piel: Sistema tegumentario

1. Los datos biográficos de Timmie Jean Lindsey, así como acerca de su apariencia física, han sido extraídos de Laura Cox, «'Men on the Street would whistle at me … but now they're a bit saggy': Great-grandmother reveals how she became the first woman in the world to have breast implants», en *Daily Mail*, 30 de marzo de 2012, <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2122830/Men-street-whistle--theyre-bit-saggy-U-S-great-grandmother-reveals-woman-world-breast-implants.html>.

2. Los detalles biográficos correspondientes a esta sección han sido recreados a partir de entrevistas anteriores entre Timmie y Sharon Churcher, «'I had the world's first breast job – and endured years of misery', says Texan great-grandmother», en *Daily Mail*, 29 de septiembre de 2007, https://www.dailymail.co.uk/femail/article-484674/I-worlds-breast-job--endured-yearsmisery-says-Texan-great-grandmother.html>; Kira Cochrane, «Breast implants: the first 50 years», en *The Guardian*, 11 de enero de 2012, <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2012/jan/11/breast-implants-50-years>; Kira Cochrane, «When breast is not good enough», *Sydney Morning Herald*, 14 de enero de 2012,

<https://www.smh.com.au/lifestyle/beauty/whenbreast-is-not-good-enough-20120113-1pzed.html>.

3. Más sobre el contexto de la relación entre las heridas de guerra y el auge de la cirugía plástica como campo en Lindsey Fitzharris, *The Facemaker: A Visionary Surgeon's Battle to Mend the Disfigured Soldiers of World War I*, Nueva York, Farrar, Straus and Giroux, 2022. Más sobre la historia de la cirugía plástica en Estados Unidos en Virginia Blum, *Flesh Wounds: The Culture of Cosmetic Surgery*, Berkeley, California, University of California Press, 2003.

4. «History of ASPS», en American Society of Plastic Surgeons, <https://www.plasticsurgery.org/about-asps/history-of-asps?sub=ASPRS#:~:text=Maliniac%20%20met%20with%20physicians%20in,and%20others%20joining%20%20soon%20after>.

5. Ibíd.

6. Julie M. Fenster, *Ether Day: The Strange Tale of America's Greatest Medical Discovery and the Haunted Men Who Made It*, Nueva York, HarperCollins, 2001.

7. Fitzharris, *The Facemaker*, *op. cit*. Más información sobre la historia de la cirugía plástica con fines cosméticos en Estados Unidos en Blum, *Flesh Wounds*, *op. cit*.

8. Más contexto sobre la historia de la cirugía estética en Elizabeth Haiken, *Venus Envy: A History of Cosmetic Surgery*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1997.

9. Max Thorek, *A Surgeon's World: An Autobiography*, Filadelfia, J. B. Lippincott, 1943, p. 164, tal y como aparece citado en Haiken, *Venus Envy*, *op. cit*., p. 18.

10. Dorothy Killagen, «Operation of Face Changes Woman Slayer», en *Evening News*, Wilkes-Barre, Pennsylvania, 18 de marzo de 1932.

11. William Weer, «Miss X is Now Miss Y as Knife Fools the Eye», en *Eager*, Brooklyn, Nueva York, 18 de marzo de 1932.

12. «Miracle of Surgery Gives Ex-Convict Fresh Start», en *Marshall News Messenger*, Marshall, Texas, 25 de marzo de 1932.

13. J. Howard Crum, *The Truth About Beauty: How to Acquire a Beautiful Face and Figure*, Nueva York, Dodd, Mead & Co., 1933, p. 23.

14. «Has Her Face lifted Before Throng of 1,200», en *Detroit Free Press*, 13 de marzo de 1931, <https://www.newspapers.com/image/97852673/?terms=Martha%20Petelle&match=1>.

15. Más contexto sobre la historia de cirugías plásticas practicadas a criminales en Zara Stone, *Killer Looks: The Forgotten History of Plastic Surgery in Prisons*, Lanham, Maryland, Prometheus, 2021.

16. Crum, *The Truth About Beauty*, *op. cit.*, p. 12.

17. J. Howard Crum, *The Making of a Beautiful Face; or, Face Lifting Unveiled*, Nueva York, Walton Book Co., 1928.

18. Crum, *The Truth About Beauty*, *op. cit.*, p. 12.

19. «Retoucher», en *The New Yorker*, 23 de julio de 1932, p. 8.

20. Ibíd.

21. Paolo Santoni-Rugiu y Philip. J. Sykes, *A History of Plastic Surgery*, Berlín, Londres, Springer, 2007, p. 306.

22. Arthur Smith y Nely Galán (productores ejecutivos), *The Swan*, 2004.

23. Crum, *The Making of a Beautiful Face*, *op. cit.*, p. 7, tal y como aparece citado en Haiken, *Venus Envy*, *op. cit.*, p. 78.

24. Alfred Adler, *Superiority and Social Interest: A Collection of Later Writings*, Evanston, Illinois, Northwestern University Press, 1964. [Hay trad. cast.:

Superioridad e interés social: una colección de sus últimos escritos, trad. de María Martínez Peñaloza, México, Fondo de Cultura Económica, 1968.]

25. Maxwell Maltz, «How the Hypnotic Power of Negative Imagination Can Be a Fatal Disease», en *The New Psycho-Cybernetics*, Penguin Putnam Inc., 2001, pp. 46-47.

26. Thorek, *A Surgeon's World: An Autobiography*, *op. cit*., p. 164, tal y como aparece citado en Haiken, *Venus Envy*, *op. cit*., p. 18.

27. Churcher, «'I had the world's first breast job – and endured years of misery', says Texan great-grandmother», *op. cit*.

28. Thomas M. Biggs, Jean Cukier y L. Fabian Worthing, «Augmentation Mammaplasty: A Review of 18 Years», en *Plastic and Reconstruction Surgery*, vol. 69, núm. 3 (1982).

29. Claire Bowes y Cordelia Hebblethwaite, «A Brief History of Breast Enlargements», en BBC News, 28 de marzo de 2012, sección Magazine, <https://www.bbc.com/news/magazine-17511491>.

30. Biggs, Cukier y Worthing, «Augmentation Mammaplasty», *op. cit*.; Margaret Zheng, «The Development of Silicone Breast Implants for Use in Breast Augmentation Surgeries in the United States», en *Embryo Project Encyclopedia*, 13 de enero de 2020, <http://embryo.asu.edu/handle/10776/13145>.

31. Churcher, «'I had the world's first breast job – and endured years of misery', says Texan great-grandmother», *op. cit*.

32. Gabrielle Banks, «Invention made Houston a global hub for breast implants», en *Chron*, 4 de agosto de 2016, <https://www.chron.com/local/history/innovators-inventions/article/Local-invention-made-Houston-international-hub-9122371.php>.

33. Rachael Payne *et al*., «Women Continue to be Underrepresented in Plastic Surgery: A Study of AMA and ACGME Data from 2000—2013», en *Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open*, vol. 5, núm. 9S (2017), pp, 37-38, <https://doi.org/10.1097/01.GOX.0000526214.28520.94>.

34. «Medicine: Rebuilding the Breast», en *Time*, 14 de abril de 1975, <https://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,917307-2,00.html>.

35. T. A. Watson, «Cancer of the Breast: The Janeway Lecture-1965», en *The American Journal of Roentgenology*, vol. 96, núm. 3 (1966), p. 548.

36. Bernard Fisher *et al.*, «Reanalysis and Results after 12 Years of Follow-up in a Randomized Clinical Trial Comparing Total Mastectomy with Lumpectomy with or without Irradiation in the Treatment of Breast Cancer», en *The New England Journal of Medicine*, vol. 333, núm. 22 (1995), <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199511303332203>; George Crile, Jr., «Simplified Treatment of Cancer of the Breast: Early Results of a Clinical Study», en *Annals of Surgery*, vol. 153, núm. 5 (1961), pp. 745-758, <https://doi.org/10.1097/00000658-196105000-00013>; Barron H. Lerner, *The Breast Cancer Wars: Hope, Fear, and Pursuit of a Cure in Twentieth-Century America*, Nueva York, Oxford University Press, 2001.

37. Nancy Dillon, «Perky grandma recalls being 1st woman to get silicone breast implants», en *The New York Daily News*, 5 de junio de 2012.

38. *Brittany Billetts v. Mentor Worldwide LLC*, recurso de *certiorari*, 6 de julio de 2021, <https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/21/21-26/183218/20210706152712934_2021.07.06%20Billetts%20Brief.pdf>; John Schwartz, «Dow Corning Accepts Implant Settlement Plan», en *The Washington Post*, 9 de julio de 1998, <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1998/07/09/dow-corning-accepts-implant-settlement-plan/8627922a-0b9349a3-9c98-bfef9e363d5a/>; Zarina S. F. Lam y Dileep Hurry, «Dow Corning and the Silicone Implant Controversy», en SMU Scholar, 1992, <https://scholar.smu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1155&context=business_workingpapers>.

39. International Confederation of Plastic Surgery, Transactions of the Third International Congress of Plastic Surgery October 13-18, 1963, Washington, DC, U.S.A.: Quadrennial Meeting of the International Confederation for Plastic Surgery, Amsterdam, Excerpta Medica Foundation, 1964, p. 41.

40. Como analiza Julie M. Spanbauert, «Breast Implants as Beauty Ritual: Woman's Sceptre and Prison», en *Yale Journal of Law and Feminism*, vol. 9, núm. 2 (1997), p. 183.

41. Citado en Spanbauert, «Breast Implants as Beauty Ritual», *op. cit.*, p. 182.

42. Crum, *The Making a Beautiful Face*, op. cit., p. 9.

43. Anaïs Nin, *Seduction of the Minotaur*, Athens, Ohio, Swallow Press, 1961. [Hay trad. cast.: *La seducción del minotauro*, trad. de Francesc Parcerisas, Barcelona, Grijalbo, 1981.]

44. Anaïs Nin, *Henry and June: From the Unexpurgated Diary of Anaïs Nin*, San Diego, Harcourt, 1989, p. 206. [Hay trad. cast.: *Henry y June*, trad. de María José Rodellar, Barcelona, Plaza & Janés, 1987.]

45. Anuncio de jabón Palmolive, 1950, en Ad*Access, Duke University Collections & Archives, Durham, Carolina del Norte, <https://idn.duke.edu/ark:/87924/r4707x852>.

46. Dr. Andrew Jimerson II (@drcurves), «GET INTO THIS TRANSFORMATION», en Instagram, 26 de mayo de 2022, <https://www.instagram.com/p/CeBhRLLAReR/?hl=en>.

47. Dr. Andrew Jimerson II (@drcurves), «Nowww you see if it's by Dr. Curves that's another story He's the BBL King», en Instagram, 16 de mayo de 2022, <https://www.instagram.com/p/CdocGt2g6nB/?hl=en>.

48. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, «ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2021», <https://www.isaps.org/media/vdpdanke/isaps-global-survey_2021.pdf> [consultado el 31 de enero de 2023].

49. Sandra E. Garcia, «Butt Lifts are Booming. Healing Is No Joke», en *The New York Times*, 11 de mayo de 2022.

50. Ibíd.

51. M. Mark Mofid *et al.*, «Report on Mortality from Gluteal Fat Grafting: Recommendations from the ASERF Task Force», en *Aesthetic Surgery Journal*, vol. 37, núm. 7 (2017), pp. 796-806, <https://doi.org/10.1093/asj/sjx004>.

52. «Meet Dr. Alinsod», Alinsod Institute for Aesthetic Vulvovaginal Surgery, <https://urogyn.org/about-us/meet-dr-alinsod/> [consultado el 13 de julio de 2023].

53. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, «ISAPS International Survey», *op. cit.*; The Aesthetic Association, «Aesthetic Plastic SurgeryNationalDatabankStatistics,2020-2023», <https://cdn.theaestheticsociety.org/media/statistics/2021-TheAestheticSocietyStatistics.pdf> [consultado el 31 de enero de 2023].

54. Kimberly Singh, «What Is a Labiaplasty and What Does It Involve?», en American Society of Plastic Surgeons, 11 de febrero de 2020, <https://www.plasticsurgery.org/news/blog/what-is-a-labiaplasty-and-what-does-itinvolve>.

55. Jennifer A. Hayes y Meredith J. Temple-Smith, «What is the anatomical basis of labiaplasty? A review of normative datasets for female genital anatomy», en *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 61, núm. 3 (2021), <https://doi.org/10.1111/ajo.13298>; Calida Howarth *et al.*, «'Everything's neatly tucked away': young women's views on desirable vulval anatomy», en *Culture, Health & Sexuality*, vol. 18, núm. 12 (2016), <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1184315>.

56. Ibíd.

57. James Cook, *The Voyages of Captain James Cook*, Londres, W. Smith, 1846, p. 22. [Hay trad. cast.: *Los viajes del capitán Cook (1768-1779)*, trad. de Manuel Crespo, Barcelona, Serbal, 1985]; Clifton Crais y Pamela Scully, *Sara Baartman and the Hottentot Venus: A Ghost Story and a Biography*, Johannesburgo, Wits University Press, 2009; Rachel Holmes, *The Hottentot Venus: The Life and Death of Saartjie Baartman, Born 1789-Buried 2002*, Johannesburgo, Jonathan Ball, 2007; Sture Lagercrantz, «Ethnographical reflections on 'Hottentot aprons'», en *Ethnos*, vol. 2, núm. 4, 1937, pp. 145-174, <https://doi.org/10.1080/00141844.1937.9980505>; William Somerville, *William*

Somerville's Narrative of his Journeys to the Eastern Cape Frontier and to Lattakoe, 1799-1802, Ciudad del Cabo, Van Riebeeck Society, 1979; Bertha M. Spies, «Saartjie», en *African Arts*, vol. 47, núm. 2, 2014, pp. 66-75, <https://doi.org/10.1162/AFAR_a_00139>.

58. Somerville, *William Somerville's Narrative of his Journeys to the Eastern Cape Frontier and to Lattakoe, 1799-1802*, *op. cit*., p. 238.

59. Ibíd., p. 327.

60. Crais y Scully, *Sara Baartman and the Hottentot Venus*, *op. cit*.; Holmes, *The Hottentot Venus*, *op. cit*.

61. Norman Jeffcoate, «Hypertrophy of the labia minora: Spaniel ear nymphae», en *Principles of Gynaecology*, 4ª ed., Londres, Butterworths, 1975, p. 151.

62. Mashable (@mashable), «This tweet about Taylor Swift's vagina isn't just bizarre, it's medically incorrect», en Twitter, 7 de julio de 2016, <https://twitter.com/mashable/status/751117105169371136?lang=en>.

63. Mark Jacobson, «The Secrets of Megapimps», en *New York Magazine*, 14 de marzo de 2008, https://nymag.com/news/features/45119/.

64. Entrevista telefónica de la autora a la doctora Aviva Preminger, 21 de agosto de 2022.

65. Entrevista telefónica de la autora a la doctora Aviva Preminger, 21 de agosto de 2022.

66. Marcia Angell, «Breast Implants—Protection or Paternalism?», en *The New England Journal of Medicine*, vol. 326, núm. 25 (1992), <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199206183262510>.

67. «Seinfeld: Living in a Society (Clip)», 2014, <https://www.youtube.com/watch?v=LHhbdXCzt_A>.

68. Frances Dodds, «'Aging Gracefully' Is a Lie», en Coveteur, 9 de febrero de 2018, <https://coveteur.com/2018/02/09/stop-judging-women-for-plastic-surgery/>.

69. Entrevista de la autora al doctor Charles Galanis, 27 de julio de 2022.

2. Huesos: Sistema esquelético

1. F. Walsh y Maurice Fitzgibbon, «Transactions of the Obstetrical Society of Philadelphia», en *The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, vol. 12, núms. 3-4 (1 de mayo de 1879), pp. 766-770.

2. Ibíd., p. 768.

3. Ibíd., pp. 766-770.

4. Ibíd., p. 768.

5. Los detalles acerca del esqueleto de Mary y su exhibición han sido extraídos de la entrevista a Hanna Polasky, máster en Ciencias, exayudante de comunicaciones y programación, y ayudante de colecciones del museo Mütter de Filadelfia. Como ayudante de colecciones, estuvo a cargo de la conservación de Mary Ashberry y cuenta con amplios conocimientos acerca del modo en que se han preservado los esqueletos a lo largo de la historia y de cómo la conservación y exhibición de Mary Ashberry difieren de la norma habitual.

6. Ayun Halliday, «Take a Virtual Tour of the Mütter Museum and Its Many Anatomically Peculiar Exhibits», en Open Culture, 11 de mayo de 2020, <https://www.openculture.com/2020/05/take-a-virtual-tour-of-themutter-museum-and-its-many-anatomically-peculiar-exhibits.html>.

7. Ibíd.

8. F. Walsh y Maurice Fitzgibbon, «Transactions of the Obstetrical Society of Philadelphia», *op. cit.*, p. 768.

9. Entrevista a Hanna Polasky, el 1 de septiembre de 2022, en la que me explicó que este procedimiento no era la norma de conservación de esqueletos de la época. Véanse asimismo las siguientes fuentes para obtener más información sobre la conservación de esqueletos de la época: Thomas Pole, *The Anatomical Instructor: Or, An Illustration of the Modern and Most Approved Methods of Preparing and Preserving the Different Parts of the Human Body, and of Quadrupeds, by Injection, Corrosion, Maceration, Distention, Articulation, Modelling, etc., with a Variety of Copper-Plates*, J. Calow and T. Underwood, 1813, p. 101; Usher Parsons, *Directions for Making Anatomical Preparations: Formed on the Basis of Pole, Marjolin and Breschet, and Including the New Method of Mr. Swan*, Carey & Lea, 1831, p. 139.

10. Katharine Park, *Secrets of Women: Gender, Generation, and the Origins of Human Dissection*, Zone Books, 2010, pp. 215-216, <https://press.princeton.edu/books/paperback/9781890951689/secrets-of-women>.

11. Thomas Laqueur, *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1992, pp. 2528. [Hay trad. cast.: *La construcción del sexo: cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, trad. de Eugenio Portela, Cátedra, Madrid, 1994.]

12. Andreas Vesalius, *De Humani Corporis Fabrica (Of the Structure of the Human Body)*, Johann Oporinus, 1543. Para indagar más en el debate, véanse Katharine Park, *Secrets of Women: Gender, Generation, and the Origins of Human Dissection*, *op. cit.*; Thomas Laqueur, *Making Sex*, *op. cit.*, pp. 70-71.

13. *De humani corporis fabrica*, 1555, reverso pliego s6, imagen de esqueleto, Medical pre-1701 Collection 2500a; John Hodgson, «The Fabrica of Vesalius: An Exploration through Our Copies», en Rylands Blog, 14 de agosto de 2015, <https://rylandscollections.com/2015/08/14/the-fabrica-of-vesalius-an-exploration-through-our-copies>/.

14. Londa Schiebinger, «Skeletons in the Closet: The First Illustrations of the Female Skeleton in Eighteenth-Century Anatomy», en *Representations*, vol. 14, University of California Press, 1986, p. 48.

15. Para obtener más información sobre la historia de las representaciones del esqueleto y la anatomía femeninos, véase Catherine Gallagher y Thomas Laqueur (ed.), *The Making of the Modern Body: Sexuality and Society in the Nineteenth Century*, Berkeley, California, University of California Press, 1987; véase asimismo la separata de la reimpresión del capítulo: Londa Schiebinger, «Skeletons in the Closet: The First Illustrations of the Female Skeleton in Eighteenth-Century Anatomy», en *Representations*, vol. 14, University of California Press, 1986, pp. 42-82, <https://online.ucpress.edu/representations/article/doi/10.2307/2928435/82030/Skeletons-in-the-Closet-The-First-Illustrations-of>; Michael Stolberg, «A Woman Down to Her Bones: The Anatomy of Sexual Difference in the Sixteenth and Early Seventeenth Centuries», en *Isis; an International Review Devoted to the History of Science and Its Cultural Influences*, vol. 94, núm. 2 (junio de 2003), pp. 274-299, <https://doi.org/10.1086/379387>.

16. Tal y como analiza Schiebinger, *op. cit.*, en 1986.

17. Tal y como aparece citado en ibíd., p. 283 y en Stolberg, «A Woman Down to Her Bones», *op. cit*.

18. Londa Schiebinger, «Skeletons in the Closet», *op. cit.*, p. 60.

19. John Barclay, «Female Skeleton Compared to the Ostrich», *The Anatomy of the Bones of the Human Body*, Edimburgo, 1829. Tal y como aparece citado en Schiebinger, *op. cit.*, en 1986.

20. Thomas Laqueur, *Making Sex*, *op. cit.*, pp. 25-28.

21. Alan Petersen, «Sexing the Body: Representations of Sex Differences in Gray's Anatomy, 1858 to the Present», en *Body & Society*, vol. 4, núm. 1 (1 de marzo de 1998), pp. 1-15, <https://doi.org/10.1177/1357034X98004001001>; Susan Morgan *et al.*, «Sexism and Anatomy, as Discerned in Textbooks and as Perceived by Medical Students at Cardiff University and University of Paris Descartes», en *Journal of Anatomy*, vol. 224, núm. 3 (2014), pp. 352-365, <https://doi.org/10.1111/joa.12070>.

22. Tal y como aparece citado en Stephen Jay Gould, «Women's Brains», en *Natural History*, vol. 87, núm. 8 (1978).

23. Courtney Thompson, «Phrenology», en *Encyclopedia of the History of Science*, noviembre de 2021, <https://doi.org/10.34758/ymce-b249> [consultado el 13 de julio de 2023].

24. Samuel Thomas von Sömmerring, *On the Physical Difference of the Moor from the European*, trad. al inglés de Kathleen Dell'Orto, Maguncia, 1784, pp. 3-8, <https://germanhistory-intersections.org/en/knowledge-andeducation/ghis:document-187>.

25. Gavin Evans, «The Unwelcome Revival of 'Race Science'», en *The Guardian*, 2 de marzo de 2018, sección News, <https://www.theguardian.com/news/2018/mar/02/the-unwelcome-revival-of-race-science>.

26. Frontispicio dibujado por Langer y grabado por E. C. Thelott, extraído de Friedrich Heinrich Jacobi, *Wider Mendekssohns Beschuldigungen betreffend die Briefe über die Lehre des Spinoza*, Leipzig, Georg Joachim Goeschen, 1786, 13 × 7 cm, <http://www.sites.hps.cam.ac.uk/visibleembryos/s2_1.html>.

27. Emily S. Renschler y Janet Monge, «The Samuel George Morton Cranial Collection», en *Expedition*, 2008, <https://www.penn.museum/sites/expedition/the-samuel-george-morton-cranial-collection/>.

28. James Hunt y la African American Pamphlet Collection, *The Negro's place in nature: a paper read before de London Anthropological Society*, Nueva York, Van Evrie, Horton & Co., 1866, pdf, <https://www.loc.gov/item/12002987/>.

29. Tal y como aparece citado en Elizabeth Fee, «Nineteenth-Century Craniology: The Study of the Female Skull», en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 53, núm. 3 (1979), pp. 415-433.

30. Stephen Jay Gould, «Women's Brains», *op. cit*.

31. Tal y como aparece citado en Stephen Jay Gould, «Women's Brains», *op. cit*.

32. Ibíd.

33. Charles Darwin, *The Descent of Man and the Selection in Relation to Sex*, Nueva York, D. Appleton & Company, 1896. [Hay trad. cast.: *El origen del hombre*, trad. de Joandomènec Ros, Crítica, Barcelona, 2021.] Más sobre Darwin y las mujeres en «Darwin's Women», Cambridge University, <https://www.cam.ac.uk/research/news/darwins-women> [recuperado el 6 de diciembre de 2015].

34. «Tight-Lacing: Letter to the Editor», en *The Lancet*, 18 de septiembre de 1869.

35. He aquí algunos ejemplos: Alice M. Guernsey, *Physiology for Young People: Adapted to Intermediate Classes and Common Schools*, Nueva York, American Book Company, 1888, p. 84, ilustración 11, <https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID=nlm:nlmuid-61460680R-bk>. Para consultar un extenso análisis de la historia del corsé y las mujeres, véase Rebecca Gibson, *The Corseted Skeleton: A Bioarcheology of Binding*, Londres, Palgrave Macmillan, 2020.

36. J. L. Comstock, *Outlines of Physiology, Both Comparative and Human: In Which Are Described the Mechanical, Animal, Vital, and Sensorial Organs and Functions, Also, the Application of These Principles to Muscular Exercise, and Female Fashions and Deformities: Intended for the Use of Schools and Heads of Families: Together with a Synopsis of Human Anatomy*, edición revisada, Nueva York, Pratt, Woodford, s. f., <https://www.biodiversitylibrary.org/item/68215>.

37. Ibíd., p. 297.

38. Ibíd., p. 297.

39. Rebecca Gibson, *The Corseted Skeleton*, *op. cit*.

40. «TIGHT LACING; OR, THE WAIST OF THE PERIOD», en *Mercury*, 16 de diciembre de 1869, http://nla.gov.au/nla.news-article8862883.

41. Ibíd.

42. Ibíd.

43. Ibíd.

44. Ibíd.

45. Hates Braces y Elizabeth Winship, «Ask Beth: Biking Fine to Slim Down Legs», en *Los Angeles Times*, 12 de enero de 1990, sección Ask Beth.

46. Diálogo ficcionado a partir de la foto y el texto publicados en el siguiente artículo: Karl Kohrs, «Spine Welders», en *St. Louis Post-Dispatch*, domingo 4 de junio de 1950, p. 16, <https://www.newspapers.com/article/st-louis-post-dispatch/25897311/>.

47. Ibíd., p. 16.

48. Véanse las fotos en Lewis A. Sayre, *Spinal Disease and Spinal Curvature*, Londres, Smith & Elder, 1877.

49. Ibíd.

50. Ibíd.

51. Robert W. Lovett, *Lateral Curvature of the Spine and Round Shoulders*, P. Blakiston's Son & Co., 1912, p. 165; W. P. Blount, A. C. Schmidt y R. G. Bidwell, «Making the Milwaukee brace», en *Journal of Bone and Joint Surgery* (Am.), vol. 40-A, núm. 3 (junio de 1958), pp. 526-528; J. I. Kendrick, «The Correction of Scoliosis by Use of a Modified Turnbuckle Jacket», en *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, vol. 4, núm. 1 (enero de 1937), pp. 16-22.

52. Heather Bigg, *An Essay on the General Principles of the Treatment of Spinal Curvatures*, J. & A. Churchill, 1905, p. 195; tal y como aparece citado en Shina Mehr Shayesteh, «'The Most Terrible of All Deformities:' The Victorians and Scoliosis, 1849-1899», máster en Arte, Texas State University, 2018, p. 195.

53. Ibíd.

54. Alfred Rives Shands Jr., MD, *The Early Orthopaedic Surgeons of America*, St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1970, p. 16, <https://archive.org/details/earlyorthopaedic0000unse/page/16/mode/2up?view=theater>.

55. Louis Bauer, *Lectures on Orthopaedic Surgery*, Nueva York, William Wood & Co., 1868, p. 154.

56. Ibíd., p. 153.

57. Robert T. (Robert Tuttle) Morris, *Is Evolution Trying to Do Away with the Clitoris?*, Nueva York, W. Wood & Co., 1892, <http://archive.org/details/39002086458651.med.yale.edu>.

58. Bernard Roth, *The Treatment of Lateral Curvature of the Spine: With Appendix Giving an Analysis of 1000 Consecutive Cases Treated by Posture and Exercise Exclusively (without Mechanical Supports)*, 2ª ed., Londres, H. K. Lewis, 1899, <https://wellcomecollection.org/works/b5u5mry7/items>.

59. Lewis Sayre, «Remarks on the Treatment of Spinal curvatures», en *The British Medical Journal*, vol. 2, núm. 1233 (16 de agosto de 1884), p. 317; Lewis Sayre, *Lectures on Orthopedic Surgery and Diseases of the Joints, Delivered at Bellevue Hospital Medical College, During the Winter Session of 1874-1875*, 2ª ed., Nueva York, Dr. Appleton and Co., 1883, p. 20.

60. Jacob Teschner, «The Treatment of Postural Deformities of the Trunk By Means of Rapid and Thorough Physical Development», en *Annals of Surgery*, University of Pennsylvania Press, 1895, p. 22, <https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID=nlm:nlmuid-101741027-bk>.

61. Karl Kohrs, «Spine welders», *op. cit*.

(*). La Title IX, de 1972, protege de la discriminación por razones de género en programas o actividades educativas que reciben ayuda económica federal, incluidos la educación física y los deportes. (*N. de la T.*)

62. Morris Fishbein, «Hygiene of Women», en *Modern Home Medical Adviser*, Nueva York, Garden City Publishing, 1937, pp. 50-51.

63. J. Enox Thompson, «THE ERECT POSTURE», en *The Lancet* (edición británica), vol. 199, núm. 5133 (1922), p. 110, <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)54641-8>.

64. Morris Fishbein, «Hygiene of Women», *op. cit.*, pp. 50-51.

65. «Fishbein Predicts New Birth Control; Injection of Some Substance Will Make Women Sterile for Two Years, He Believes», en *The New York Times*, 14 de julio de 1937, sección Archives, <https://www.nytimes.com/1937/07/14/archives/fishbein-predicts-new-birth-control-injection-of-some-substance.html>.

66. John Harvey Kellogg, *Plain Facts for Old and Young: Embracing the Natural History and Hygiene of Organic Life*, Burlington, Iowa, I. F. Segner, 1887, p. 47, <https://wellcomecollection.org/works/sbjyrqhy>.

67. Ibíd.

68. Entrevista de la autora a la doctora Beth Shubin Stein, 3 de noviembre de 2022.

69. C. K. Wong *et al.*, «Natural History of Frozen Shoulder: Fact or Fiction? A Systematic Review», en *Physiotherapy*, vol. 103, núm. 1 (marzo 2017), pp. 40-47, <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.05.009>.

70. Monique A. Sheridan y Jo A. Hannafin, «Upper Extremity: Emphasis on Frozen Shoulder», en *The Orthopedic Clinics of North America*, vol. 37, núm. 4 (octubre de 2006), pp. 531-539, <https://doi.org/10.1016/j.ocl.2006.09.009>.

71. «Diagnosed Prevalence of Ehlers-Danlos Syndrome and Hypermobility Spectrum Disorder in Wales, UK: A National Electronic Cohort Study and Case-Control Comparison», en *BMJ Open*, vol. 9, núm. 11 (4 de noviembre de 2019), p. e031365, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031365>.

72. Bethany Papworth, «Why This Cambridge-Made Textbook Has Been Branded 'Soft Porn'», en Cambridgeshire Live, 9 de septiembre de 2019, <https://www.cambridge-news.co.uk/news/cambridge-news/cambridgeuniversity-press-orthopaedic-textbook-16889465>.

73. «Homepage – Jessica Long – 29x Paralympic Medalist», en Jessica Long, <https://jessicalong.com/home/> [consultado el 13 de julio de 2023].

74. Entrevista de la autora al doctor Omri Ayalon, 12 de agosto de 2022.

75. Entrevista de la autora al doctor Omri Ayalon, 12 de agosto de 2022.

3. Músculo: Sistema muscular

1. A. C. Simonton, «Bicycling», en *Journal of the American Medical Association*, vol. XXXI, núm. 21 (1898), pp. 1253-1254, <https://doi.org/10.1001/jama.1898.02450210055012>; «BICYCLING—PRO AND CON», en *Journal of the American Medical Association*, vol. XXVII, núm. 7 (15 de agosto de 1896), pp. 384-386, <https://doi.org/10.1001/jama.1896.02430850044006>.

2. T. J. Happel, «The Bicycle from a Medical and Surgical Standpoint», en *Memphis Medical Monthly*, vol. 19, núm. 9 (septiembre de 1898), pp. 394-402.

3. «LUNACY IN ENGLAND», en *The New York Times*, 12 de agosto de 1894, <https://www.nytimes.com/1894/08/12/archives/lunacy-in-england.html>.

4. «Female Gladiators», <https://penelope.uchicago.edu/~grout/encyclopaedia_romana/gladiators/amazones.html> [consultado el 21 de junio de 2023].

5. «Don'ts For Women Riders», <https://farm8.staticflickr.com/7014/6672284611_c80cb3ee9a_o.jpg> [consultado el 14 de julio de 2023]; «Dont's for Women Riders», en *Newark Sunday Advocate*,

21 de junio de 1895, <https://www.newspapers.com/search/?query=Don%27ts%20for%20Women%20Riders&dr_year=1895-1895>.

6. Arthur Shadwell, «The Hidden Dangers of Cycling», en *The National Review*, vol. 28 (1950 1883), pp. 787-796, <https://garethrees.org/2012/01/10/shadwell/>.

7. Ibíd.

8. Ibíd.

(*). Los comisionados para la locura (Commissioners on Lunacy) fueron un cuerpo de inspectores encargados de examinar el funcionamiento y la idoneidad de los manicomios públicos de Inglaterra y Gales en la segunda mitad del siglo xix. (*N. de la T.*)

9. «LUNACY IN ENGLAND», en *The New York Times*, *op. cit*.

10. «BICYCLING—PRO AND CON», en *Journal of the American Medical Association*, *op. cit*.

11. Ibíd.

12. A. C. Simonton, «Bicycling», *op. cit*.

13. Ibíd.

14. Robert L. Dickinson, «Bicycling for Women from the Standpoint of the Gynecologist: With Eight Illustrations», en *The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children (1869-1919)*, vol. 31, núm. 1 (1 de enero de 1895).

15. Ibíd.

16. George S. Brown, «A Defense of the Bicycle», en *Journal of the American Medical Association*, vol. XXVII, núm. 9 (29 de agosto de 1896), p. 501,

<https://doi.org/10.1001/jama.1896.02430870049011>.

17. Ibíd.

18. Charlotte Smith, «Is Bicycling Immoral», en *Brooklyn Daily Eagle* (Brooklyn, Nueva York), 19 de agosto de 1896, tal y como aparece citado en Sue Macy, *Wheels of Change: How Women Rode the Bicycle of Freedom (With a Few Flat Tires Along the Way)*, en National Geographic Kids, 2017.

19. The Sager Mfg. Company, «The Sager Pneumatic Bicycle Saddle», en *Harper's Weekly*, 11 de abril de 1896.

20. Jessica Abrahams, «Freewheeling to Equality: How Cycling Helped Women on the Road to Rights», en *The Guardian*, 18 de junio de 2015, sección Life and Style, <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/womensblog/2015/jun/18/freewheeling-equality-cycling-women-rights-yemenbicycle-liberation>.

21. «AAGPBL Players Association», 31 de marzo de 2020, <https://aagpbl.org/>.

22. Dudley A. Sargent, «Are Athletics Making Girls Masculine? A Practical Answer to a Question Every Girl Asks», en *Ladies´ Home Journal*, vol. 2, núm. 29 (marzo de 1912), pp. 71-73.

23. Ibíd.

24. *St. Louis Post-Dispatch*, 21 de octubre de 1917.

25. «Letter to the Editor», en *The Boston Globe*, 27 de junio de 1915, <https://www.newspapers.com/newspage/430627791/>.

26. «Twilight Thoughts», en *The Pittsburgh Press*, 13 de octubre de 1917.

27. Dudley A. Sargent, «Are Athletics Making Girls Masculine? A Practical Answer to a Question Every Girl Asks», *op. cit*.

28. Jackie Mansky y Maya Wei-Haas, «The Rise of the Modern Sportswoman», en *Smithsonian Magazine*, 18 de agosto de 2016, <https://www.smithsonianmag.com/science-nature/rise-modern-sportswoman-180960174/>.

29. «Women in the Work Force during World War II», en National Archives, 15 de agosto de 2016, <https://www.archives.gov/education/lessons/wwii-women.html>.

30. R. C. Bell, «A History of Women in Sport Prior to Title IX», en *The Sports Journal*, vol. 10, núm. 2 (2007), <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20083213280>.

31. Esta historia es una reconstrucción compuesta a partir de retazos de diferentes testimonios. Las fuentes son: Vanessa Heggie, «Testing Sex and Gender in Sports; Reinventing, Reimagining and Reconstructing Histories», en *Endeavour*, vol. 34, núm. 4 (diciembre de 2010), pp. 157-163, <https://doi.org/10.1016/j.endeavour.2010.09.005>; Lindsay Parks Pieper, «They Qualified for the Olympics. Then They Had to Prove Their Sex», en *The Washington Post*, 28 de octubre de 2021, <https://www.washingtonpost.com/news/made-by-history/wp/2018/02/22/first-they-qualified-for-the-olympicsthen-they-had-to-prove-their-sex/>.

32. Tal y como aparece citado en «Celebrating uniqueness in endocrinology and sport», en *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6 de junio de 2019, <https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(19)30200-1/fulltext>.

33. Pierre de Coubertin *et al*., «The Women at the Olympic Games», en *Olympism: Selected Writings*, International Olympic Committee, 1912, p. 713, <https://library.olympics.com/Default/doc/SYRACUSE/65192/olympism-selected-writings-pierre-de-coubertin>.

34. «When Did Women First Compete in the Olympic Games?», en International Olympic Committee, 18 de julio de 2022, <https://olympics.com/ioc/faq/history-and-origin-of-the-games/when-did-women-first-competein-the-olympic-games>.

35. «'Skierinas' in the Olympics: gender justice and gender politics at the local, national and international level over the challenge of women's ski jumping», donde se cita a Annette Hofmann y Alexandra Preufi, «Female Eagles of the Air: Developments in Women's Ski-Jumping», en *New Aspects of Sport History: Proceedings of the 9th ISHPES Congress*, Colonia, Alemania, Manfred Lammer, Evelyn Mertin y Thierry Terret (ed.), Colonia, Academia Verlag, 2005, p. 305; Karin Berg, *Jump, Girls Jump. Ski Jumping is for All!*, Oslo, Holmenkollen Ski Museum, 1998, pp. 64-69, <https://www.thefreelibrary.com/%27Skierinas%27+in+the+Olympics%3a+gender+justice+and+gender+politics+at%20.%20.%20.%20-a0268480897> [recuperado el 14 de julio de 2023 de la Free Library].

36. L. J. Elsas *et. al*., «Gender verification of female athletes», en *Genetics in Medicine*, vol. 2, núm. 4 (julio-agosto de 2000), pp. 249-254, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11252710/#:~:text=The%20International%20Olympic%20Committee%20(IOC,competing%20in%20female%2Donly%20events>.

37. Lindsay Parks Pieper, «They Qualified for the Olympics. Then They Had to Prove Their Sex», *op. cit*.

38. D. Larned, «The Feminity Test: A Woman's First Olympic Hurdle», en *WomenSports*, vol. 3 (1976), pp. 8-11.

39. Allan J. Ryan, «A Medical History of the Olympic Games», en *Journal of the American Medical Association*, vol. 205, núm. 11 (9 de septiembre de 1968).

40. «Physician-Athlete Stresses the Importance of Physical Fitness Activities for Girls», en *Journal of the American Medical Association*, vol. 190, núm. 11 (14 de diciembre de 1964), pp. 32-33, <https://doi.org/10.1001/jama.1964.03070240072036>.

41. «Battle of the Belly Bulges (1940s)», 2012, <https://www.youtube.com/watch?v=7_HnA2bRQ0M>.

42. Kenneth H. Cooper, *Aerobics*, Nueva York, Bantam Books, 1968. [Hay trad. cast.: *Aerobics: ejercicios aeróbicos*, trad. de René Cárdenas Barrios, México D. F., Diana, 1991.]

43. Ibíd., p. 82.

44. Ibíd., p. 84.

45. Mildred Cooper y Kenneth H. Cooper, *Aerobics for Women*, distribuido por M. Evans, 1972. [Hay trad. cast.: *Aerobics para mujeres*, México, Diana, 1979.]

46. Dudley A. Sargent, «Are Athletics Making Girls Masculine? A Practical Answer to a Question Every Girl Asks», *op. cit*.

47. Tenley E. Albright, «Women in Sports, Chapter IX: Which Sports For Girls?», Washington D. C., Division for Girls and Women's Sports: American Association for Health, Physical Education, and Recreation, 1971, p. 54.

48. Kathrine Switzer, «The Girl Who Started It All», en *Runner's World*, 26 de marzo de 2007, <https://www.runnersworld.com/runners-stories/a20801860/kathrine-switzer-runs-the-boston-marathon/>.

49. Myron Cope, «Angry Overseer of the Marathon», en *Sports Illustrated*, 22 de abril de 1968, <https://vault.si.com/vault/1968/04/22/angryoverseer-of-the-marathon>.

50. Elizabeth Blackwell, «Extracts from the laws of life, with special reference to the physical education of girls», en *English Woman's Journal*, vol. I (1859), pp. 189-190. Tal y como aparece citada en Patricia A. Vertinsky, *The Eternally Wounded Woman: Women, Doctors, and Exercise in the Late Nineteenth Century*, 1994, p. 116.

51. Entrevista de la autora al doctor Neil Iyengar, 1 de abril de 2023.

52. Ibíd.

53. Neil M. Iyengar *et al*., «Association of Body Fat and Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women With Normal Body Mass Index: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial and Observational Study», en *JAMA Oncology*, vol. 5, núm. 2 (1 de febrero de 2019), pp. 155-163, <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2018.5327>.

54. B. J. Cardinal *et al.*, «If Exercise Is Medicine, Where Is Exercise In Medicine? Review of U.S. Medical Education Curricula for Physical Activity-Related Content», en *Journal of Physical Activity & Health*, vol. 12, núm. 9 (2015), p. 1336.

55. Andrew J. Recker *et al.*, «Knowledge and Habits of Exercise in Medical Students», en *American Journal of Lifestyle Medicine*, vol. 15, núm. 3 (12 de octubre de 2020), pp. 214-219, <https://doi.org/10.1177/1559827620963884>.

56. Emma S. Cowley *et al.*, «'Invisible Sportswomen': The Sex Data Gap in Sport and Exercise Science Research», en *Women in Sport and Physical Activity Journal*, vol. 29, núm. 2 (21 de septiembre de 2021), pp. 146-151, <https://doi.org/10.1123/wspaj.2021-0028>.

57. Genevra L. Stone, «50 Years of Title IX», en *Sports Health*, vol. 14, núm. 6 (1 de noviembre de 2022), pp. 793-794, <https://doi.org/10.1177/19417381221129265>.

58. Entrevista de la autora a la doctora Kathryn Ackerman, 15 de noviembre de 2022>.

59. Alanis Thames y Jonathan Abrams, «Female College Athletes Say Pressure to Cut Body Fat Is Toxic», en *The New York Times*, 10 de noviembre de 2022, sección Sports, <https://www.nytimes.com/2022/11/10/sports/college-athletes-body-fat-women.html>.

60. Entrevista de la autora con la doctora Kathryn Ackerman, 15 de noviembre de 2022.

61. «Female Athlete Program», en Boston Children's Hospital, <https://www.childrenshospital.org/programs/female-athlete-program>.

4. Sangre: Sistema circulatorio

1. Helen King, *Hippocrates' Woman: Reading the Female Body in Ancient Greece*, Nueva York, Routledge, 1998, p. 203.

2. Jacques Jouanna, «The Legacy Hippocratic Treatise *The Nature of Man*: The Theory of the Four Humours», en *Greek Medicine from Hippocrates to Galen: Selected Papers*, trad. al inglés de Neil Allies, Philip van der Eijk (ed.), Boston, Brill, 2012, pp. 335-360.

3. Niki Papavramidou, Theodossis Papavramidis y Thespis Demetriou, «Ancient Greek and Greco-Roman Methods in Modern Surgical Treatment of Cancer», en *Annals of Surgical Oncology*, vol. 17 (2010), pp. 665-667, <https://doi.org/10.1245/s10434-009-0886-6>.

4. Paul U. Unschuld, «Huang Di Nei Jing Su Wen: Nature, Knowledge, Imagery in an Ancient Chinese Medical Text», Berkeley, University of California Press, 2033, p. 314.

5. Gail Kern Paster, «Unbearable Coldness of Female Being: Women's Imperfection and the Humoral Economy», en *Early Literary Renaissance*, vol. 28, núm. 3 (1998), pp. 416-440, <https://doi.org/10.1111/j.1475-6757.1998.tb00760.x>.

6. Edward Weiss y O. Spurgeon English, «The Psychosomatic Approach in Urology», en *Psychosomatic Medicine: A Clinical Study of Psychophysiological Reactions*, Filadelfia, Londres, W. B. Saunders, 1943. [Hay trad. cast.: *Medicina psicosomática. Aplicaciones clínicas de la psicopatología a la medicina general con un apéndice sobre recientes progresos en medicina psicosomática*, trad. Dr. Bernardo Serebrinsky, Buenos Aires, López y Etchegoyen, 1949]; Dick Schultheiss, «A Brief History of Urinary Incontinence», en *International Continence Society* (2005), <https://www.ics.org/Publications/ICI_3/v1.pdf/historique.pdf>.

7. Jacques Casanova de Seingalt, *The Memoirs of Jacques Casanova de Seingalt: Venetian Years*, trad. al inglés: Arthur Machen, Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1894 [1822], <https://www.gutenberg.org/files/2981/2981h/2981-h.htm>. [Hay trad. cast.: Giacomo Casanova, *Historia de mi vida*, trad. de Mauro Armiño, Girona, Atalanta, 2009.]

8. Para consultar un análisis del tratado de Hipócrates «Sobre las enfermedades de las vírgenes» en relación con la clorosis, véase Helen King, *The Disease of Virgins: Green Sickness, Chlorosis and the Problems of Puberty*, Nueva York, Routledge, 2009, <https://www.routledge.com/The-Disease-ofVirgins-Green-Sickness-Chlorosis-and-the-Problems-of-Puberty/King/p/book/9780415554992>.

9. Jean Varandal, *De Morbis et Affectibus Mulierum*, Lyons, B. Vincent, 1619, citado en Helen King, *Hippocrates' Woman: Reading the Female Body in Ancient Greece*, Nueva York, Routledge, 1998.

10. En el diccionario de la RAE: «Del gr. *χλωρός* chlōrós 'verde amarillento' y –sis» [consultado el 7 de agosto de 2024]. (*N. de la T.*)

11. Tal y como aparece citado en Jean Starobinski, «Sur la chlorose», en *Romantisme*, vol. 11, núm. 31 (1981), p. 118, <https://doi.org/10.3406/roman.1981.4476>.

12. «Be not her maid, since she is envious; / Her vestal livery is but sick and green / And none but fools do wear it; cast it off» (William Shakespeare, *Romeo and Juliet*, 15ª ed., Filadelfia, J. B. Lippincott Company, 1913 [1597], p. 94). Para la versión en castellano se ha usado la traducción de Velasco y Rojas porque conserva la referencia a la virginidad, así como al color verde y la palidez atribuidas a la clorosis. William Shakespeare, *Julieta y Romeo*, trad. de Matías de Velasco y Rojas, Madrid, R. Berenguillo, 1872. Puede consultarse en la biblioteca Virtual Miguel de Cervantes: <https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/julieta-y-romeo--0/html/ff0366ae-82b1-11df-acc7002185ce6064_140.html> [consultado el 7 de agosto de 2024]. (*N. de la T.*)

13. John Ruhräh, «JOHANNES LANGE 1485-1565: A NOTE ON THE HISTORY OF CHLOROSIS», en *American Journal of Diseases of Children*, vol. 48, núm. 2 (1 de agosto de 1934), pp. 393-396, <https://doi.org/10.1001/archpedi.1934.01960150152013>.

14. Ibíd.

15. Ibíd.

16. Para consultar un análisis histórico más profundo sobre la clorosis, véase Keith Wailoo, «'Chlorosis' Remembered: Disease and the Moral Management of American Women», en *Drawing Blood: Technology and Disease Identity in Twentieth-Century America*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1997, pp. 16-45.

17. Basado en los datos del primer caso examinado en Charles E. Simon, «A Study of Thirty-One Cases of Chlorosis, with Special Reference to the Etiology and the Dietetic Treatment of the Disease», en *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. 113, núm. 4 (1897), pp. 399-423.

18. Ibíd.

19. Ibíd., p. 418.

20. Ibíd.

21. Frederick Hollick, *The Diseases of Women: Their Causes and Cure Familiarly Explained with Practical Hints for their Prevention and for the Preservation of Female Health*, 50ª ed., Nueva York, T. W. Strong, 1852, p. 193, citado en Helen King, *The Disease of Virgins*, *op. cit.*, p. 5.

22. Byrom Bramwell, *Anaemia and Some of the Disease of the Blood-Forming Organs and Ductless Glands*, Edimburgo, Oliver and Boyd, 1899, p. 32, citado en Helen King, *The Disease of Virgins*, *op. cit.*, p. 6.

23. Lawson Tait, *Diseases of Women and Abdominal Surgery*, vol. 1, Filadelfia, Lea Brothers & Co., 1899, p. 283.

24. Byrom Bramwell, *Anaemia and Some of the Disease of the Blood-Forming Organs and Ductless Glands*, *op. cit.*, p. 24.

25. W. H. Howell, «Dr. Charles E. Simon», en *Bulletin of the School of Medicine University of Maryland*, vol. 12, núm. 3 (1926), p. 158: «Su sensible sistema nervioso sucumbió ante su intenso método de trabajo y, durante un período de diez años, quizá, estuvo aquejado de una especie de fobia que le hizo prácticamente imposible continuar con el desempeño de su labor médica».

26. Ibíd., p. 158.

27. Para consultar un análisis completo de la evolución en el diagnóstico de la clorosis, véase Keith Wailoo, en *Drawing Blood*, *op. cit.*, pp. 16-45.

28. Ibíd.

29. Edward Tilt, *On Diseases of Women and Ovarian Inflammation, in Relation to Morbid Menstruation, Sterility, Pelvic Tumours, and Affections of the Womb*, 2ª ed., Londres, John Churchill, 1853; hay numerosas referencias a los labios vaginales, el útero y el recto en las páginas 92, 116, 154, 179 y 181.

30. Ibíd., p. 188.

31. W. M. Fowler, «Chlorosis—An Obituary», en *Annals of Medical History*, vol. 8, núm. 2 (1936), pp. 168-177.

32. Ibíd.

33. Kate Chopin, «The Story of an Hour», publicada como «The Dream of an Hour», en *Vogue*, 6 de diciembre de 1894. [Hay trad. cast.: «Historia de una hora», en *Cuentos completos*, trad. de Emma Cotro, Maite Fernández Estañán, Eva Gallud y Juan Carlos García, Madrid, Páginas de Espuma, 2020.]

34. Ibíd.

35. *Les Diaboliques*, 1955; Milan Terlunen, «On the Art of the Plot Twist», en *CrimeReads* (blog), 28 de enero de 2021, <https://crimereads.com/on-the-art-of-the-plot-twist/>.

36. «The Founding Physicians», en Johns Hopkins Medicine <https://www.hopkinsmedicine.org/about/history/history-of-jhh/founding-physicians.html> [consultado el 27 de febrero de 2023]; Amy Tuteur, «Doctor, Listen to Your Patient», en The Skeptical OB, 4 de junio de 2009, <https://www.skepticalob.com/2009/06/doctor-listen-to-your-patient.html>.

37. Neil McIntyre, «Was Osler Opposed to Women Becoming Doctors?», en *Journal of Medical Biography*, vol. 15, núm. S1 (2007), pp. 22-27, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17356737/>.

38. Tal y como aparece adaptado del caso clínico de la señorita C. en William Osler, *Lectures on Angina Pectoris and Allied States*, Nueva York, D. Appleton &

Co., 1897, p. 94.

39. Steve Sturdy, «William Osler: A Life in Medicine», en *British Medical Journal*, vol. 321 (2000), p. 1087, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118869/>.

40. William Osler, *Lectures on Angina Pectoris and Allied States*, *op. cit.*, p. 95.

41. Citado en Sally Squires, «Women in Medicine Still Miles to Go», en *The Washington Post*, 28 de junio de 1989, <https://www.washingtonpost.com/archive/lifestyle/wellness/1989/06/27/women-in-medicine-still-milesto-go/e56afc06-b0ea-4372-bfea-c444ad20329d/>.

42. William Osler, «Speech Given at Harvard Medical Association Annual Dinner», en *Boston Medical and Surgical Journal*, vol. 131, núm. 6 (1894), p. 140.

43. Citado en Squires, «Women in Medicine Still Miles to Go», *op. cit*.

44. Citado en ibíd.

45. William Osler, «The Lumleian Lectures on Angina Pectoris, Lecture II» (conferencia, Royal College of Physicians de Londres, 15 de mayo de 1910), p. 21, encontrada en «William Osler: Original Papers 1907-1919», en Texas Medical Center Library, <https://digitalcommons.library.tmc.edu/osler/3>.

46. Ibíd., p. 22.

47. Osler, *Lectures on Angina Pectoris and Allied States*, *op. cit.*, p. 88.

48. Ibíd., p. 135.

(*). «When you hear hoofbeats, think horses, not zebras» es una máxima formulada por el doctor Theodore Woodward en la década de 1940 y de uso muy extendido desde entonces en el ámbito médico anglosajón para denotar que lo más simple y evidente es casi siempre lo correcto (la navaja de Ockham aplicada a

la medicina). De ahí que se suela denominar a las enfermedades raras «zebras» ('cebras'). (*N. de la T.*)

49. Henry Thompson Bart, *The Family Physician: A Manual of Domestic Medicine*, vol. 2, Londres, Cassell, 1895, p. 306.

50. Ibíd.

51. «Wives: Promote Interest in Diet and Exercise», en *Fort Lauderdale News*, jueves 17 de febrero de 1966.

52. Ibíd.

53. «Multiple Risk Factor Intervention Trial», en *Journal of the American Medical Association*, vol. 248, núm. 12, 24 de septiembre de 1982, pp. 1465-1477.

54. Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group, «Final Report on the Aspirin Component of the Ongoing Physicians' Health Study», en *The New England Journal of Medicine*, vol. 320, núm. 3 (1989), pp. 129-135, <https://doi.org/10.1056/NEJM198907203210301>.

55. American Heart Association, «The Facts About Women and Heart Disease», en Go Red for Women, <https://www.goredforwomen.org/en/about-heart-disease-in-women/facts> [consultado el 26 de febrero de 2023]; Xurui Jin *et al.*, «Women's Participation in Cardiovascular Clinical Trials from 2010 to 2017», en *Circulation*, vol. 141, núm. 7 (2020), pp. 540-548, <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043594>.

56. Jin *et al.*, «Women's Participation in Cardiovascular Clinical Trials from 2010 to 2017», *op. cit.*

57. Tracey Keteepe-Arachi y Sanjay Sharma, «Cardiovascular Disease in Women: Understanding Symptoms and Risk Factors», en *European Cardiological Review*, vol. 12, núm. 1 (2017), pp. 10-13, <https://doi.org/10.15420/ecr.2016:32:1>.

58. «Women in Cardiology», en American College of Cardiology, <https://www.acc.org/Membership/Sections-and-Councils/Women-in-Cardiology-

Section> [consultado el 14 de julio de 2023]; también en Christa Dubill, «EKG Machines Misdiagnose Heart Attacks in Women», en KHSB 41, 4 de marzo de 2016, <https://www.kshb.com/news/local-news/ekg-machines-misdiagnose-heart-attacks-in-women>; Peter M. Okin y Paul Kligfield, «Gender-Specific Criteria and Performance of the Exercise Electrocardiogram», en *Circulation*, vol. 92, núm. 5 (1995), pp. 1209-1216, <https://doi.org/10.1161/01.CIR.92.5.1209>; Rupali Sachin Khane y Anil D. Surdi, «Gender Differences in the Prevalence of Electrocardiogram Abnormalities in the Elderly: A Population Survey in India», en *Iranian Journal of Medical Sciences*, vol. 37, núm. 2 (2012), pp. 92-99.

59. Okin y Kligfield, «Gender-Specific Criteria and Performance of the Exercise Electrocardiogram», *op. cit*.

60. Bernadine Healy, «The Yentl Syndrome», en *The New England Journal of Medicine*, vol. 325, núm. 4 (1994), pp. 274-276, <https://doi.org/10.1056/NEJM199107253250408>.

61. Entrevista de la autora a la doctora Hafiza Khan, 21 de octubre de 2022.

62. Bjelic *et al*., «Sex hormones and repolarization during the menstrual cycle in women with congenital long QT syndrome», en *Heart Rhythm*, vol. 19, núm. 9 (septiembre de 2022), pp. 1532-1540.

63. Arianne Clare Agdamag *et al*., «Sex Differences in Takotsubo Syndrome: A Narrative Review», en *Journal of Women's Health*, vol. 29, núm. 8 (2020), pp. 1122-1130, <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7741>.

64. Qi Fu *et al*., «Cardiac Origins of the Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome», en *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 55, núm. 22 (2010), pp. 2858-2868, <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.02.043>.

65. Erica S. Spatz *et al*., «The Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients (VIRGO) Classification System», en *Circulation*, vol. 132, núm. 18 (2015), pp. 1710-1718, <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.016502>.

66. «Women Call Ambulance for Husbands with Heart Attacks but Not for Themselves», en European Society of Cardiology, 3 de marzo de 2019, <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/Women-call-ambulance-for-husbands-with-heart-attacks-but-not-for-themselves>.

67. *Juego de tronos*, temporada 3, episodio 7, «El oso y la doncella», dirigido por Michelle MacLaren, emitido el 12 de mayo de 2013 en HBO.

68. Angela C. Weyand *et al.*, «Prevalence of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in US Females Aged 12-21 Years, 2003-2020», en *Journal of the American Medical Association*, vol. 329, núm. 24 (27 de junio de 2023), pp. 2191-2193, <https://doi.org/10.1001/jama.2023.8020>.

69. Robert J. Klaassen y Jacqueline M. Halton, «The Diagnosis and Treatment of von Willebrand Disease in Children», en *Paediatrics & Child Health*, vol. 7, núm. 4 (2002), pp. 245-249, <https://doi.org/10.1093/pch/7.4.245>; Chanukya K. Colonne *et al.*, «Why Is Misdiagnosis of von Willebrand Disease Still Prevalent and How Can We Overcome It? A Focus on Clinical Considerations and Recommendations», en *Journal of Blood Medicine*, vol. 12 (17 de agosto de 2021), pp. 755-768, <https://doi.org/10.2147/JBM.S266791>.

70. Entrevista telefónica de la autora a Rekha Parameswaran, 17 de octubre de 2022.

71. Amanda E. Jacobson *et al.*, «Von Willebrand Disease Screening in Women Undergoing Hysterectomy for Heavy Menstrual Bleeding», en *Blood*, vol. 130, núm. S1 (7 de diciembre de 2017), p. 674, <https://doi.org/10.1182/blood.V130.Suppl_1.674.674>.

72. Colonne *et al.*, «Why is Misdiagnosis of von Willebrand Disease Still Prevalent and How Can We Overcome It? A Focus on Clinical Considerations and Recommendations», *op. cit.*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8380198/>.

73. National Library of Medicine, «Dr. Nanette Kass Wenger», en Changing the Face of Medicine, 3 de junio de 2015, <https://cfmedicine.nlm.nih.gov/physicians/biography_330.html>.

74. Entrevista telefónica de la autora a Nanette Wenger, 16 de septiembre de 2022.

75. Entrevista telefónica de la autora a Nanette Wenger, 16 de septiembre de 2022.

76. Nanette K. Wenger, Leon Speroff y Barbara Packard, «Cardiovascular Health and Disease in Women», en *The New England Journal of Medicine*, vol. 329, núm. 4 (1993), <https://doi.org/10.1056/NEJM199307223290406>.

77. Theresa M. Wizemann y Mary Lou Pardue, *Exploring Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?*, Washington, National Academies Press, 2001.

78. Felix Platter, *De Corporis Humani Structura*, libro 3 (1583), tabla VIII, figura VIII, citado en Michael Stolberg, «The Woman Down to Her Bones: The Anatomy of Sexual Difference in the Sixteenth and Early Seventeenth Centuries», en *Isis*, vol. 94, núm. 2 (2003), p. 283, <https://doi.org/10.1086/379387>.

79. Amit K. Hiteshi *et al.*, «Gender Differences in Coronary Artery Diameter Are Not Related to Body Habitus or Left Ventricular Mass», en *Clinical Cardiology*, vol. 37, núm. 10 (30 de septiembre de 2014), pp. 605-609, <https://doi.org/10.1002/clc.22310>.

5. Aliento: Sistema respiratorio

1. Clement King Shorter, *Charlotte Brontë and Her Circle*, Nueva York, Dodd, Mead and Company, 1896, p. 87.

2. Bill Bynum, «Consumption», en *The Lancet*, vol. 358, núm. 9282 (25 de agosto de 2001), p. 676, <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05766-X>.

3. «History of World TB Day», en Centers for Disease Control and Prevention, 15 de febrero de 2023, <https://www.cdc.gov/tb/worldtbday/history.htm>.

4. Carolyn A. Day, *Consumptive Chic: A History of Beauty, Fashion, and Disease*, Bloomsbury Visual Arts, 2020, p. 81.

5. Para consultar un análisis en profundidad de la historia de la tuberculosis y la mujer, véase Day, *Consumptive Chic*, *op. cit*.

6. Alexandre Dumas, *La dame aux camélias: pièce en cinq actes en prose*, Nineteenth Century Collections Online: European Literature, the Corvey Collection, 1790-1840, Berlín, E. Bloch, 1858. [Hay trad. cast.: *La dama de las camelias*, trad. de Noemí Sobregués, Barcelona, Penguin Clásicos, 2017.]

7. Victor Hugo, *Les Misérables*, 1862. [Hay trad. cast.: *Los miserables*, trad. de Nemesio Fernández Cuesta, Barcelona, Austral, 2014.]

8. Giuseppe Verdi, *La traviata*, Venecia, Coi tipi di Teresa Gattei, 1852.

9. Giacomo Puccini, *La bohème*, Milán, G. Ricordi & C., 1895.

10. Emily Brontë, *Wuthering Heights*, Harper & Bros. Publishers, 1848, p. 102. [Hay trad. cast.: *Cumbres borrascosas*, trad. de Cristina Sánchez-Andrade, Madrid, Siruela, 2010.]

11. Louis Menand, «The Late Late Phase», en *The New Yorker*, 21 de julio de 2016, <https://www.newyorker.com/culture/cultural-comment/henry-james-late-phase>.

12. Hervey Allen, «Edgar Allan Poe Society of Baltimore — Bookshelf — Israfel: The Life and Times of E. (Chapter 21)», 1926, <https://www.eapoe.org/papers/misc1921/hva26221.htm>.

13. Tal y como aparece citado en Day, *Consumptive Chic*, *op. cit*., p. 81; Michael Ryan y la Association of Physicians and Surgeons (ed.), en *The London Medical and Surgical Journal: Exhibiting a View of the Improvements and Discoveries in the Various Branches of Medical Science, vol. 4*, Henry Renshaw, 1834.

14. Robert Koch, «Die Atiologic der Tuberkulose», en *Berliner Klinische Wochenschrift*, vol. 19 (1882), pp. 221-230.

15. Tal y como aparece citado en Alan M. Brandt, «The Cigarette Century», Nueva York, Basic Books, 2007, pp. 84-85, <https://archive.org/details/cigarettecentury00bran>.

16. «How Lucky Strike Became an Icon of the Feminist Movement», en The Cultural Currents Institute, enero de 2023, <https://www.culturalcurrents.institute/post/torches-of-freedom>.

17. «Easter Sun Finds the Past in Shadow at Modern Parade», en *The New York Times*, 1 de abril de 1929.

18. Escena recreada a partir de fotografías en «Torches of Freedom: Photographs of Women Smoking Publicly During the Easter Sunday Parade in 1929», en *Vintage Everyday* (blog), 31 de marzo de 2021, <https://www.vintag.es/2021/03/torches-of-freedom.html>; Iris Mostegel, «The Original Influencer», en History Today, 6 de febrero, 2019, <https://www.historytoday.com/miscellanies/original-influencer>.

19. Larry Tye, «The Father of Spin: Edward L. Bernays and The Birth of Public Relations», Macmillan, 2002, p. 30.

20. Arnold D. Richards y Paul W. Mosher, «Abraham Arden Brill, 1874-1948», en *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, núm. 3 (marzo de 2006), p. 386, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.386>.

21. Peter Gay, *Freud: A Life for Our Time*, W. W. Norton & Company, 1988, p. 209. [Hay trad. cast.: *Freud una vida de nuestro tiempo*, trad. de Jorge Piatigorsky, Barcelona, Paidós Ibérica, 2004.]

22. «Curriculum Vitae A. A. Brill», en *The Psychoanalytic Quarterly*, vol. 17, núm. 2 (1 de abril de 1948), pp. 161-163, <https://doi.org/10.1080/21674086.1948.11925715>.

23. *Sigmund Freud, G. Stanley Hall, C.G. Jung, A.A. Brill, Ernest Jones, and Sándor Ferenczi posed at Clark University, Worcester, Mass.*, fotografía, septiembre de 1909, en Library of Congress (loc.gov), <https://www.loc.gov/item/92508502>/ [consultado el 3 de septiembre de 2024].

24. Nancy Sheads, «K. Rose Owen-Brill», en *Medicine in Maryland, 1752-1920* (blog), 2 de junio de 2018, <https://mdhistoryonline.net/2018/06/02/md3817/>.

25. *Torches of Freedom*, entrevista, The Museum of Public Relations, 2010, <https://www.youtube.com/watch?v=6pyyP2chM8k>.

26. «No Man Fascinated by Wife in Later Life, Says Dr. Brill», en *The Richmond Collegian*, 26 de octubre de 1923.

27. *Torches of Freedom*, 2010, *op. cit*.

28. Brandt, *The Cigarette Century*, *op. cit*., pp. 84-85.

29. «Easter Sun Finds the Past in Shadow at Modern Parade», en *The New York Times*.

30. «Smoking: A Report of the Surgeon General», Centers for Disease Control and Prevention [US], 2001, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44311/>.

31. Philip Morris, Inc., «We Make Virginia Slims Especially for Women Because They Are Biologically Superior to Men», abril de 1972, Pollay Advertising Collection, <https://calisphere.org/item/b36134eab9e628005f736f897d381fd2/>.

32. «No Man Fascinated by Wife in Later Life, Says Dr. Brill», en *The Richmond Collegian*, *op. cit*.

33. Para consultar ejemplos de anuncios de cigarillos, véase Djublonskopf, «Reach For A Lucky: The Lucky Strike Cigarette Diet (1928)», en *Secret History* (blog), 25 de marzo de 2015, <https://www.djublonskopf.com/2015/03/25/reach-for-a-lucky-the-lucky-strike-cigarette-diet-1928/>; Hussein A. Samji y Robert K. Jackler, «'Not One Single Case of Throat Irritation': Misuse of the Image of the Otolaryngologist in Cigarette Advertising», en *The Laryngoscope*, vol. 118, núm. 3 (marzo de 2008), pp. 415-427, <https://doi.org/10.1097/MLG.0b013e31815ad5c6>.
Para publicidad relacionada con la pérdida de peso y los cigarrillos:
«Trim Reducing-Aid Cigarettes», en weirduniverse.net, 1958, <https://www.google.com/imgres?imgurl=https://www.weirduniverse.net/images/2020/1958trim01.jpg&tbnid=d4GM

VZQten4UhM&vet=12ahUKEwi4tbKklLf_AhXvF2IAHdqADrsQMygMegUIARDRAQ.i&imgrefurl=https://www.weirduniverse.net/blog/comments/trim_reducing_aid_cigarettes&docid=BwcStuLLcj2ERM&w=700&h=907&q=weight+loss+cigarette+ads&ved=2ahUKEwi4tbKklLfAhXvF2IAHdqADrsQMygMegUIARDRAQ&sfr=vfe&source=sh/x/im/can/1>; American Tobacco Company, «To Keep a Slender Figure No One Can Deny», en Digital History – Histoire Numérique, <http://biblio.uottawa.ca/omeka2/jmccutcheon/items/show/555> [consultado el 14 de julio de 2023].

34. «SRITA — Stanford Research into the Impact of Tobacco Advertising», <https://tobacco.stanford.edu/> [consultado el 24 de junio de 2023]; «Targeting Women», SRITA — Stanford Research into the Impact of Tobacco Advertising, <https://tobacco.stanford.edu/cigarettes/targeting-women/> [consultado el 24 de junio de 2023].

35. Philip Morris, Inc., «Women's Liberation — Img0805», SRITA — Stanford Research into the Impact of Tobacco Advertising, 1971, <https://tobacco.stanford.edu/cigarette/img0805/>.

36. «How Big Tobacco Used Women's Equality Struggles to Sell Cigarettes», en Truth Initiative, 13 de marzo de 2017, <https://truthinitiative.org/research-resources/targeted-communities/how-tobacco-companies-haveused-womens-history-and-equality>.

37. «The Mindful Woman by Sue Patton Thoele», en Mango Publishing, 11 de mayo de 2021, <https://store.mangopublishinggroup.com/products/the-mindful-woman?srsltid=AfmBOoprYC2aTs-7R-GDZ33y3ERma4imNdoMzQCDKUf1gqw2jdUElRHJ>.

38. «Lung Cancer Fact Sheet», en American Lung Association, <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/lung-cancer/resource-library/lung-cancer-fact-sheet> [consultado el 14 de julio de 2023].

39. Entrevista de la autora a Lindsay Lief, 12 de marzo de 2023.

40. «Asthma and Women», en Brigham and Women's Hospital, <https://www.brighamandwomens.org/medicine/pulmonary-and-critical-care-

medicine/womens-lung-health/asthma-in-women> [consultado el 14 de julio de 2023].

41. Entrevista de la autora a la doctora Sonali Bose, 12 de abril de 2023.

42. Ibíd.

43. Entrevista de la autora con la doctora Lindsay Lief, 12 de marzo de 2023, re: volúmenes corrientes y configuración del respirador.

44. Serena Williams, «How Serena Williams Saved Her Own Life», en *ELLE*, 5 de abril de 2022, <https://www.elle.com/life-love/a39586444/howserena-williams-saved-her-own-life>/.

45. «Data and Statistics on Venous Thromboembolism», en Centers for Disease Control and Prevention, 16 de febrero de 2023, <https://www.cdc.gov/blood-clots/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/dvt/data.html>.

46. «Women Who Clean at Home or Work Face Increased Lung Function Decline», en American Thoracic Society, 16 de febrero de 2018, <https://www.thoracic.org/about/newsroom/press-releases/journal/2018/womenwho-clean-at-home-or-at-work-face-increased-lung-function-decline.php>.

47. Entrevista de la autora a la doctora Tami Tiamfook-Morgan, 21 de marzo de 2023.

48. Ibíd.

6. Tripas: Sistema digestivo

1. Génesis 3: 12-13, Biblia [para la versión en castellano se ha utilizado la Nueva Versión Internacional].

2. Tal y como aparece citado en Rudolph M. Bell, *Holy Anorexia*, Chicago, University of Chicago Press, 1985, p. 23.

3. Para un análisis de la historia de Catalina de Siena en relación con la anorexia, véase Joan Jacobs Brumberg, *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*, Nueva York, Knopf Doubleday Publishing Group, 2000, pp. 44-45.

4. James C. Harris, «Anorexia Nervosa and Anorexa Mirabilis: Miss K. R—and St Catherine of Siena», en *JAMA Psychiatry*, vol. 71, núm. 11 (1 de noviembre de 2014), pp. 1212-1213, <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2765>.

5. Brumberg, *Fasting Girls*, *op. cit.*, pp. 41-60; Donald Weinstein y Rudolph M. Bell, *Saints & Society: The Two Worlds of Western Christendom, 1000-1700*, Chicago, University of Chicago Press, 1986, pp. 233-235, <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/S/bo76756708.html>.

6. Mother Goose, *What Are Little Boys Made Of?*, s. f.

7. Tal y como analiza Michael Krondl, «Sweetness and Femininity: Fashioning Gendered Appetite in the Victorian Age» (tesis de fin de máster, City University of New York, 2022), <https://academicworks.cuny.edu/gc_etds/4659>.

8. Alexander Walker, *Beauty in Woman*, Nueva York, Henry G. Langley, 8 Astor House, 1845, p. 146. Tal y como aparece citado en Krondl, «Sweetness and Femininity», *op. cit.*, p. 22.

9. Mrs A. Walker, *Female Beauty, as Preserved and Improved by Regimen, Cleanliness and Dress: And Especially by the Adaptation, Colour and Arrangement of Dress, as Variously Influencing the Forms, Complexion, and Expression of Each Individual, and Rendering Cosmetic Impositions Unnecessary*, Nueva York, Scofield and Voorhies, J. & H. G. Langley, 1840, pp. 98-101.

10. Walker, *Beauty in Woman*, *op. cit.*, p. 146.

11. Emily Martin, «Medical Metaphors of Women's Bodies: Menstruation and Menopause», en *The Woman in the Body*, Boston, Beacon Press, 1987, pp. 27-52, <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/X1A6-JAQBVM9N-ULCY>.

12. Deborah Lupton, *Food, the Body and the Self*, Londres, Sage, 1996, Véase también Elizabeth A. Williams, *Appetite and Its Discontents: Science, Medicine, and the Urge to Eat, 1750-1950*, Chicago, University of Chicago Press, 2020, <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/A/bo48885705.html>; para consultar una perspectiva contemporánea, véase David Bell y Gill Valentine, *Consuming Geographies: We Are Where We Eat*, Hove, East Sussex, Reino Unido, Psychology Press, 1997.

13. Jan Whitaker, «When Ladies Lunched: Schrafft's», en *Restaurant-ing through History* (blog), 27 de agosto de 2008, <https://restaurant-ingthroughhistory.com/2008/08/27/when-ladies-lunched-schraffts/>.

14. Paul Freedman, «How Steak Became 'Manly' and Salads Became 'Feminine'», en *PBS NewsHour*, 27 de octubre de 2019, <https://www.pbs.org/newshour/nation/how-steak-became-manly-and-salads-became-feminine>.

15. Lupton, *Food, the Body and the Self*, *op. cit*.

16. Tal y como aparece citado por muchos autores, entre otros, por Andrea Walker, «Girl Power», en *The New Yorker*, 20 de noviembre de 2008, <https://www.newyorker.com/books/page-turner/girl-power-2>.

17. J. H. Kellogg, *Ladies' Guide in Health and Disease: Girlhood, Maidenhood, Wifehood, Motherhood*, 1882, pp. 203, 247, 474, <https://wellcomecollection.org/works/sh24pfej/items>.

18. Sammy R. Danna y Lydia Pinkham, *The Face That Launched a Thousand Ads*, Lanham, Maryland, Rowman & Littlefield Publishers, 2015, <https://flinders.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay/alma997255416901771/61FUL_INST:FUL>.

19. Krondl, «Sweetness and Feminity», *op. cit*.

20. «18 Battle Creek Sanitarium Stock Photos, High-Res Pictures, and Images», en gettyimages, <https://www.gettyimages.com/photos/battlecreek-sanitarium> [consultado el 13 de julio de 2023].

21. Joe Schwarcz, «The Enigmatic Dr. Kellogg», Office for Science and Society, 13 de junio de 2018, <https://www.mcgill.ca/oss/article/health-nutrition-history-quackery/enigmatic-dr-kellogg>.

22. J. H. Kellogg, *Ladies' Guide in Health and Disease*, *op. cit.*; véase también un análisis de las lavativas de Kellogg en Rebecca Fowler, «An Enema of the People», en *The Washington Post*, 23 de octubre de 1994, <https://www.washingtonpost.com/archive/lifestyle/style/1994/10/23/an-enema-ofthe-people/6d510d59-4a93-403c-a60f-2b3605deac57/>.

23. James L. Hayward, «Kellogg, John Harvey (1852-1943), en Encyclopedia of Seventh-Day Adventists, 29 de enero de 2020, <https://encyclopedia.adventist.org/article?id=89LQ>.

24. J. H. Kellogg, M. D., *The Battle Creek Sanitarium System: History, Organisation, Methods*, Battle Creek, Michigan, 1908, p. 27, <https://archive.org/details/battlecreeksani00kellgoog/page/n7/mode/2up>.

25. John Harvey Kellogg, *Plain Facts for Old and Young: Embracing the Natural History and Hygiene of Organic Life*, I. F. Segner, 1891, p. 408.

26. John Harvey Kellogg, «The Treatment of Constipation», en *Colon Hygiene*, Battle Creek, Michigan, The Modern Medicine Publishing Co., 1923, p. 307, <http://archive.org/details/colonhygienecomp00kell_0>.

27. John Harvey Kellogg, *Plain Facts for Old and Young*, *op. cit.*, p. 408.

28. Ibíd., p. 245.

29. «John Harvey Kellogg», en Encyclopedia.com, 2018, <https://www.encyclopedia.com/people/literature-and-arts/asian-and-middle-eastern-artbiographies/john-harvey-kellogg>.

30. John Harvey Kellogg, *Plain Facts for Old and Young*, *op. cit.*, p. 546.

31. J. H. Kellogg, *Ladies' Guide in Health and Disease*, *op. cit.*, pp. 154-155.

32. Greg Daugherty, «Dr. John Kellog Invented Cereal. Some of His Other Wellness Ideas Were Much Weirder», en History, 17 de mayo de 2023, <https://www.history.com/news/dr-john-kellogg-cereal-wellness-wackysanitarium-treatments>.

33. K. W. Tompkins, «Sylvester Graham's Imperial Dietetics», en *Gastronomica*, vol. 9, núm. 1 (2009), pp. 50-60, <https://doi.org/10.1525/gfc.2009.9.1.50>.

34. «How the Feuding Kellogg Brothers Fought Their Cereal Wars», en *Knowledge at Wharton* (blog), 26 de septiembre de 2017, <https://knowledge.wharton.upenn.edu/podcast/knowledge-at-wharton-podcast/the-bitterfeud-behind-an-iconic-brand/>.

35. J. H. Kellogg, «Autointoxication: Or, Intestinal Toxemia», en Wellcome Collection, 2019, <https://wellcomecollection.org/works/k2pevucb>.

36. «1935 ExLax Laxatives Ad – Pretty Lady», en eBay, <https://www.ebay.com/itm/274448677808> [consultado el 14 de julio de 2023].

37. «Girls Don't Poop T-Shirt», en Zazzle, <https://www.zazzle.com/girls_dont_poop_t_shirt-235371393069503198?design.areas=%5Bzazzle_shirt_10x12_front%5D> [consultado el 14 de julio de 2023].

38. Micaela Sullivan-Fowler, «Doubtful Theories, Drastic Therapies: Autointoxication and Faddism in the Late Nineteenth and Early Twentieth Centuries», en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 50, núm. 3 (1 de julio de 1995), pp. 364-390, <https://doi.org/10.1093/jhmas/50.3.364>; James C. Whorton, «The Phenolphthalein Follies: Purgation and the Pleasure Principle in the Early Twentieth Century», en *Pharmacy in History*, vol. 35, núm. 1 (1993), pp. 3-24.

39. Richard Epps, *Constipation, Hypochondriasis, and Hysteria: Their Modern Treatment*, 2ª ed., Londres, James Epps and Co., 1874, p. 69, tal y como aparece citado en Amy Vidali, «Hysterical Again: The Gastrointestinal Woman in Medical Discourse», en *Journal of Medical Humanities*, vol. 34, núm. 1 (2013), p. 46, <https://doi.org/10.1007/s10912-012-9196-2>.

40. Richard Epps, *Constipation, Hypochondriasis, and Hysteria*, *op. cit.*, p. 69.

41. Ibíd.

42. Samuel James Donaldson, «An Essay on Habitual Constipation», Nueva York, Press of E. P. Coby & Co., 1885, <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101174525-bk>. Tal y como aparece citado en Vidali, «Hysterical Again», *op. cit*.

43. Andrew Fay Currier, «Constipation, Especially in Its Relations to the Diseases Peculiar to Women», Nueva York, D. Appleton & Company, 1893, <https://digirepo.nlm.nih.gov/ext/dw/101692951/PDF/101692951.pdf>.

44. Scott H. Podolsky, «Metchnikoff and the Microbiome», en *The Lancet*, vol. 380, núm. 9856 (24 de noviembre de 2012), pp. 1810-1811, <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62018-2>.

45. W. A. Lane, «Results of the operative treatment of chronic constipation», en *The British Medical Journal*, vol. 1 (1908), pp. 126-130, <https://doi.org/10.1136/bmj.1.2456.232>; WA Lane, «Chronic intestinal stasis: what are the indications for operative interference», en *The Lancet*, vol. 193 (1919), pp. 333-334; WA Lane, «An Address on Chronic Intestinal Stasis», en *The British Medical Journal*, vol. 1, núm. 2528 (12 de junio de 1909), pp. 1408-1411, <https://doi:10.1136/bmj.1.2528.1408>.

46. J. H. Kellogg, «SHOULD THE COLON BE SACRIFIED OR MAY IT BE REFORMED?», en *Journal of the American Medical Association*, vol. LXVIII, núm. 26 (30 de junio de 1917), pp. 1957-1959, <https://doi.org/10.1001/jama.1917.04270060365003>.

47. Véase Thomas Cotton en el capítulo dedicado al sistema inmunitario.

48. Mackenzie Morris *et al.*, «William Arbuthnot Lane (1856-1943): Surgical Innovator and His Theory of Autointoxication», en *The American Surgeon*, vol. 83, núm. 1 (1 de enero de 2017), pp. 1-2.

49. W. A. Lane, «Against White bread», en *Journal of the American Medical Association*, vol. 83 (1924), p. 1179; WA Lane, *Blazing the health trail*, Londres, Faber & Faber, 1929, p. 16, <https://archive.org/details/b2982199x/page/16/mode/2up>; WA Lane, «An Address On Chronic Intestinal Stasis and Cancer», en *The British Medical Journal*, vol. 2, núm. 3278 (27 de octubre de 1923), pp. 745-747, <doi:10.1136/bmj.2.3278.745>; Sir William Arbuthnot Lane, Basr, CB, «Civilization's Curse Can Be Conquered, Says Famous British MD in News Press», en *Ottawa Citizen*, 19 de septiembre de 1928.

50. Entrevista de la autora a la doctora Daniela Jodorkovsky, 12 de febrero de 2023.

51. Sir William Osler, *The Principles and Practice of Medicine*, Nueva York, D. Appleton & Company, 1912, p. 551.

52. Anamnesis ficcionada a partir de un primer caso clínico en Benjamin V. White *et al*., *Mucous Colitis: A Psychological Medical Study of Sixty Cases*, Washington D. C., National Academies Press, 1939, <https://doi.org/10.17226/20657>.

53. Osler, *The Principles and Practice of Medicine*, *op. cit*., p. 551.

54. Ibíd.

55. Ibíd., p. 552.

56. White *et al*., *Mucous Colitis*, *op. cit*.

57. «White, Dr. Benjamin V., Jr., M. D.», en *Hartford Courant*, 1 de enero de 2006, sección Obituary, <https://www.courant.com/news/connecticut/hc-xpm-2006-01-01-0512310827-story.html/>.

58. Sayinthen Vivekanantham y Agneish Dutta, «Stanley Cobb (18871968): Studying the Link between the Mind and the Body», en *Journal of Medical Biography*, vol. 22, núm. 3 (agosto de 2014), pp. 176-180, <https://doi.org/10.1177/0967772014526102>.

59. Stanley Cobb, *Borderlands of Psychiatry*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1943, pp. 19-21.

60. William G. Lennox y Stanley Cobb, «Studies in Epilepsy: VIII. The clinical effect of fasting», en *Archives of Neurology & Psychiatry*, vol. 20, núm. 4 (1 de octubre de 1928), pp. 771-779, <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1928.02210160112009>.

61. White *et al*., *Mucous Colitis*, *op. cit*., p. 95.

62. En *Western Rural and Livestock Weekly*, 16 de enero de 1896, <https://idnc.library.illinois.edu/cgi-bin/illinois?a=d&d=WRL18960116.2.6&e=------en-20--21--img-txIN-constipation+women->.

63. «Dr. Pierce's Favorite Prescription», en National Museum of American History, 1930, <https://americanhistory.si.edu/collections/search/object/nmah_1298480>.

64. Scott Eberle y Joseph A. Grande, *Second Looks: A Pictorial History of Buffalo and Erie County*, Norfolk, Virginia, The Donning Co., 1993; Cynthia Van Ness, *Victorian Buffalo*, Western New York Wares, 1999; Nancy Blumenstalk Mingus, *Buffalo: Good Neighbors, Great Architecture*, Dover, Nuevo Hampshire, Arcadia Publishing, 2003.

65. Ray Vaughn Pierce, *The People's Common Sense Medical Adviser in Plain English: Or, Medicine Simplified*, Buffalo, Nueva York y Londres, World's Dispensary Medical Association, 1918.

66. En *Western Rural and Livestock Weekly*, 16 de enero de 1896.

67. Ibíd.

68. Valentine Mott Pierce, «An Attractive Woman», en *Safety First*, s. f., <https://archive.org/details/safetyfirstbydrv00pier/page/n1/mode/2up?view=theater>.

69. Valentine Mott Pierce, «The Girl the Men Admire», en *Safety First*, s. f., <https://archive.org/details/safetyfirstbydrv00pier/page/n41/mode/2up?

view=theater>.

70. Kellogg's ALL-BRAN, «Don't Trifle with Constipation: Rid Your System of Its Disease-Causing Poisons with ALL-BRAN», en *Urbana Daily Courier*, 8 de noviembre de 1929, <https://idnc.library.illinois.edu/?a=d&d=TUC19291108.2.31&e=-------en-20--1--img-txIN---------->.

71. «Dr. R. V. Pierce», en Buffalo as an Architectural Museum, <https://www.buffaloah.com/a/main/651/index.html> [consultado el 13 de julio de 2023].

72. Ibíd.; «A Cure for All That Ails You: Patent Medicine in Libertyville and Mundelein, 1850-1906», en *Shelf Life* (blog), 6 de septiembre de 2019, <https://www.cooklib.org/a-cure-for-all-that-ails-you-patent-medicine-inlibertyville-and-mundelein-1850-1906/>.

73. Jessica Bennett y Amanda McCall, «Women Poop. Sometimes At Work. Get Over It», en *The New York Times*, 17 de septiembre de 2017, sección Style, <https://www.nytimes.com/2019/09/17/style/women-poopat-work.html>.

74. Mohammad Alqudah *et al*., «Progesterone Inhibitory Role on Gastrointestinal Motility», en *Physiological Research*, vol. 71, núm. 2 (28 de marzo de 2022), pp. 193-198, <https://doi.org/10.33549/physiolres.934824>; A. Coquoz, D. Regli y P. Stute, «Impact of Progesterone on the Gastrointestinal Tract: A Comprehensive Literature Review», en *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, vol. 25, núm. 4 (agosto de 2022), pp. 337-361, <https://doi.org/10.1080/13697137.2022.2033203>.

75. Entrevista de la autora a la doctora Susan Lucak, 12 de septiembre de 2022.

76. Bennet McCall, «Women Poop. Sometimes At Work. Get Over It», *op. cit*.

77. Ibíd.

78. Entrevista de la autora a la doctora Susan Lucak, 12 de septiembre de 2022.

79. Entrevista de la autora al doctor Gil Weitzman, 1 de octubre de 2022.

80. Nick J. Spencer y Hongzhen Hu, «Enteric Nervous System: Sensory Transduction, Neural Circuits and Gastrointestinal Motility», en *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, vol. 17, núm. 6 (junio de 2020), pp. 338-351, <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0271-2>.

81. Alexander C. Ford, Brian E. Lacy y Nicholas J. Talley, «Irritable Bowel Syndrome», en *The New England Journal of Medicine*, vol. 376, núm. 26 (29 de junio de 2017), pp. 2566-2578, <https://doi.org/10.1056/NEJMra1607547>.

82. Entrevista de la autora a la doctora Susan Lucak, 12 de septiembre de 2022.

83. Isabella Cueto, «From Social Media to Pink Billboards, It's Suddenly 'Hot' to Discuss Gut Diseases», en *STAT* (blog), 7 de julio de 2022, <https://www.statnews.com/2022/07/07/from-social-media-to-pink-billboards-itssuddenly-hot-to-discuss-gut-diseases/>.

7. Vejiga: Sistema urinario

1. La descripción que sigue del parto y el daño pélvico de Henhenet ha sido recreada a partir de las descripciones de su pelvis, así como de relatos históricos ficcionados existentes. D. E. Derry, «Note on Five Pelves of Women of the Eleventh Dynasty in Egypt», en *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 42, núm. 3 (1935), pp. 490-495, <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1935.tb12160.x>; L. Lewis Wall, *Tears for My Sisters*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2018, <https://doi.org/10.1353/book.57379>.

2. Para más información sobre Henhenet, véase también «Sarcophagus of the Hathor Priestess Henhenet», en The Metropolitan Museum of Art, <https://www.metmuseum.org/art/collection/search/544207> [consultado el 12 de marzo de 2023].

3. Debra Bouwer, «Ancient Egyptian Health Related to Women: Obstetrics and Gynaecology», Pretoria, Sudáfrica, University of South Africa, Lambert Academic Publishing, 2013. Figuras pélvicas en pp. 79-80.

4. Descripción basada en relatos hallados en Derry, «Note on Five Pelves of Women of the Eleventh Dynasty in Egypt», *op. cit.*, en Robert F. Zacharin, *Obstetric Fistula*, Nueva York, Springer-Verlag, 1988. Reimpresión con permiso de Springer-Verlag.

5. John M. Stevens, «Gynaecology from Ancient Egypt: The Papyrus Kahun: A Translation of the Oldest Treatise on Gynaecology that has survived from the Ancient World», en *Medical Journal of Australia*, vol. 2, núms. 25-26 (1975), p. 952, <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1975.tb106465.x>; tal y como aparece citado en Carole Reeves, *Egyptian Medicine*, Princes Risborough, Buckinghamshire, Reino Unido, Shire Publications, 1992, p. 19, <http://archive.org/details/egyptianmedicine0000reev>.

6. Tal y como aparece citado en Robert F. Zacharin, «Historical Introduction», en *Obstetric Fistula*, *op. cit.*, p. 2, <https://doi.org/10.1007/978-37091-8921-4_1>.

7. Ahmed M. Metwaly *et al.*, «Traditional Ancient Egyptian Medicine: A Review», en *Saudi Journal of Biological Sciences*, vol. 28, núm. 10 (octubre de 2021), pp. 5823-5832, <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2021.06.044>.

8. Avicenna, en Zacharin, *Obstetric Fistula*, *op. cit*.

9. Johann Friedrich Dieffenbach, *Die Operative Chirurgie*, Leipzig, Alemania, F. A. Brockhaus, 1845; tal y como aparece citado en Dirk Schultheiss, «A Brief History of Urinary Incontinence», Hanover, Alemania, Facultad de Medicina de Hannover, s. f.

10. Ibíd.

11. Faith Lagay, «The Legacy of Humoral Medicine», en *AMA Journal of Ethics*, vol. 4, núm. 7 (1 de julio de 2002), pp. 206-208, <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2002.4.7.mhst1-0207>.

12. Reeves, *Egyptian Medicine*, *op. cit.*; Tanfer Emin Tunc, «Female Urinary Incontinence and the Construction of Nineteenth-Century Stigmatized Womanhood», en *Urology*, vol. 71, núm. 5 (mayo de 2008), pp. 767-770, <https://doi.org/10.1016/j.urology.2007.11.053>.

13. Para obtener más información sobre la historia de los «regulares» frente a los «irregulares», véase James C. Whorton, *Nature Cures: The History of Alternative Medicine in America*, Oxford, Reino Unido, Oxford University Press, 2002.

14. Deborah Kuhn McGregor, *From Midwives to Medicine: The Birth of American Gynecology*, New Brunswick, Nueva Jersey, Rutgers University Press, 1998; Barbara Ehrenreich y Deirdre English, *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*, 2ª ed., Nueva York, The Feminist Press at the Cit University of New York, s. f., p. 58. [Hay trad. cast.: *Brujas, comadronas y enfermeras historia de las sanadoras; dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad*, trad. de Mireia Bofill y Paola Lingua, Barcelona, LaSal, 1988.]

15. «About the AUA», en American Urological Association, <https://www.auanet.org/about-us/aua-overview> [consultado el 13 de marzo de 2023].

16. «The William P. Didusch Center for Urological History», <https://urologichistory.museum/> [consultado el 13 de marzo de 2023]. Debido a las restricciones por la COVID, este análisis se basa en las exposiciones y archivos del museo disponibles en línea.

17. American Urological Association, «The State of the Urology Workforce and Practice in the United States», Linthicum, Maryland, American Urological Association, 27 de mayo de 2021.

18. James Marion Sims, *The Story of My Life*, Nueva York, D. Appleton & Company, 1894, p. 240.

19. Ellen Moynihan y Rich Schapiro, «Vandal Spray-Paints 'Racist' on Central Park Statue of Doctor Who Experimented on Slaves», en *The New York Daily News*, 26 de agosto de 2017, <https://www.nydailynews.com/new-york/manhattan/vandal-defaces-nyc-statue-doctor-experimentedslaves-article-1.3445268>.

20. Sims, *The Story of My Life*, *op. cit.*, pp. 57-58.

21. Ibíd.

22. Ibíd., p. 230.

23. Ibíd., p. 231.

24. Ibíd., p. 233.

25. Ibíd., p. 237.

26. Ibíd., p. 227.

27. Ibíd., p. 240.

28. James Marion Sims, «Silver Sutures in Surgery: The Anniversary Discourse before the New York Academy of Medicine», Nueva York, Samuel S. y William Wood, 1857, p. 31, <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-66910990R-bk>.

29. J. Davies, «Urinary stress incontinence», en *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, vol. 67 (1938), p. 273.

30. Theodore Gaillard Thomas y Paul Fortunatus Mundé, *A Practical Treatise on the Diseases of Women*, Filadelfia, H. C. Lea's Son & Co., 1880, <http://archive.org/details/practicaltreatis1880thom>.

31. Ibíd., p. 42.

32. Alexander Johnston Chalmers Skene, *Diseases of the Bladder and Urethra in Women*, Nueva York, W. Wood & Company, 1887, p. 52, <https://catalog.hathitrust.org/Record/009703114>.

33. Ibíd.

34. Ibíd.

35. E. C. Dudley, «The Expansion Of Gynecology, And A Suggestion For The Surgical Treatment Of Incontinence Of Urine In Women», en *Journal of the American Medical Association*, vol. XLIV, núm. 22 (3 de junio de 1905), pp. 1738-1742, <https://doi.org/10.1001/jama.1905.92500490014001g>.

36. Lawrence R. Wharton, «The Non-operative Treatment of Stress Incontinence in Women», en *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 66, núm. 5 (1 de noviembre de 1953), p. 1122, <https://doi.org/10.1016/S0002-9378(16)38622-7>.

37. Ibíd., p. 1126.

38. Caso ficcionado a partir de un informe hallado en J. E. Bowers, B. E. Schwarz y M. J. Leon, «Masochism and Interstitial Cystitis: Report of a Case», en *Psychosomatic Medicine*, vol. 20, núm. 4 (agosto de 1958), pp. 296-302, <https://doi.org/10.1097/00006842-195807000-00003>.

39. Ibíd., p. 301.

40. Berthold E. Schwarz, M. D., *UFO Dynamics: Psychiatric and Psychic Aspects of the UFO Syndrome*, CreateSpace Independent Publishing Platform, 1988.

41. Maurice K. Chung, Rosemary P. Chung y David Gordon, «Interstitial Cystitis and Endometriosis in Patients with Chronic Pelvic Pain: The 'Evil Twins' Syndrome», en *JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, vol. 9, núm. 1 (2005), pp. 25-29.

42. Bowers *et al*., «Masochism and Interstitial Cystitis», *op. cit*., p. 301.

43. Ibíd., p. 297.

44. Schwarz, *UFO Dynamics*, *op. cit*.

45. Ibíd.

46. O. Spurgeon English, «The Psychosomatic Approach in Urology», en *Urology*, vol. 3 (1970).

47. Magnus Fall *et al*., «Hunner Lesion Disease Differs in Diagnosis, Treatment and Outcome from Bladder Pain Syndrome: An ESSIC Working Group Report», en *Scandinavian Journal of Urology*, vol. 54, núm. 2 (abril de 2020), pp. 91-98, <https://doi.org/10.1080/21681805.2020.1730948>.

48. Guy L. Hunner, «Neurosis of the Bladder», en *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 76, núm. 5 (noviembre de 1932), p. 505.

49. Tal y como aparece citado en Simon Levin, «So-Called Bladder Diseases», en *The Journal of the Michigan State Medical Society*, vol. 17 (1918), p. 317.

50. English, «The Psychosomatic Approach in Urology», *op. cit*., p. 2053.

51. «O. S. English, 92; Psychiatrist Linked Mental and Physical», en *The New York Times*, 7 de octubre de 1993, sección D, p. 21.

52. English, «The Psychosomatic Approach in Urology», *op. cit*., p. 248.

53. Ibíd., p. 253.

54. Ibíd., p. 238.

55. Entrevista de la autora a Angelish Kumar, 1 de octubre de 2022.

56. Sari Rosenberg, «April 26, 1969: Assembly-woman March Fong Eu Smashed a Toilet to Protest the Inequity of Pay Toilets», en Lifetime, 26 de abril de 2018, <https://www.mylifetime.com/she-did-that/april-26-1969assemblywoman-march-fong-eu-smashed-a-toilet-to-protest-the-inequityof-pay-toilets>.

57. Ruchi Kumar, «For Many Indian Women, Lack of Toilet Access Poses Health Risks», en *Undark*, 20 de julio de 2022, <https://undark.org/2022/07/20/for-many-indian-women-lack-of-toilet-access-poses-healthrisks/>.

58. Ushma J. Patel *et al*., «Updated Prevalence of Urinary Incontinence in Women: 2015-2018 National Population-Based Survey Data», en *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, vol. 28, núm. 4 (1 de abril de 2022), pp. 181-187, <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000001127>.

59. American Urological Association, «The State of the Urology Workforce and Practice in the United States», *op. cit*.

60. Entrevista de la autora a Angelish Kumar, 1 de octubre de 2022.

61. American Urological Association, «The State of the Urology Workforce and Practice in the United States», *op. cit*.

62. Entrevista de la autora a Angelish Kumar, 1 de octubre de 2022.

63. Kimberly-Clark Corporation, «Kimberly Clark: Brooke Burke-Charvet And Poise Brand Encourage Women Everywhere to Seize Their Poise Moment», en MarketScreener, 20 de enero de 2016, <https://m.marketscreener.com/quote/stock/KIMBERLY-CLARK-CORPORATIO-13266/news/Kimberly-Clark-Brooke-Burke-Charvet-And-Poise-Brand-Encourage-Women-Everywhere-To-Seize-Their-Pois-21717718/>.

8. Defensa: Sistema inmunitario

1. Girolamo Fracastoro, *Syphilis*, St. Louis, Misuri, The Philmar Company, 1911, p. 14, aparece citado en Mary Spongberg, *Feminizing Venereal Disease: The Body of the Prostitute in Nineteenth-Century Medical Discourse*, Nueva York, New York University Press, 1998, p. 4.

2. Irvine Loudon, «Ignaz Phillip Semmelweis' Studies of Death in Childbirth», en *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 106, núm. 11, pp. 461-463, <https://doi.org/10.1177/0141076813507844>.

3. Theodore H. Tulchinsky, Elena A. Varavikova y Matan J. Cohen, «Chapter 1 – A History of Public Health», en *The New Public Health (Fourth Edition)*, Theodore H. Tulchinsky, Elena A. Varavikova y Matan J. Cohen (ed.), San Diego, Academic Press, 2023, pp. 1-54, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12822957-6.00009-0>; para consultar el original en latín, véase <https://penelope.uchicago.edu/Thayer/L/Roman/Texts/Vitruvius/1*.html#4.1.>

4. Ibíd.

5. Ignaz Semmelweis, *Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers* [*The Etiology, Concept and Prophylaxis of Childbed Fever*], Budapest y Viena, Harteleben, 1861, trad. al inglés de K. Codell Carter, Madison, Wisconsin, University of Wisconsin Press, 1983.

6. Antoine van Leeuwenhoek a Henry Oldenburg, 9 de octubre de 1676, en *Antony Van Leeuwenhoek and His "Little Animals": Being Some Account of the Father of Protozoology and Bacteriology and His Multifarious Discoveries in These Disciplines*, edición y traducción de Clifford Dobell, Nueva York, Russell and Russell, 1958, p. 144.

7. «Germ Theory», en CURIOSity Collections, Harvard Library, 26 de marzo de 2020, <https://curiosity.lib.harvard.edu/contagion/feature/germtheory>.

8. Spongberg, *Feminizing Venereal Disease*, *op. cit*.

9. Verrier Elwin, «The Vagina Dentata Legend», en *British Journal of Medical Psychology*, vol. 19, núms. 3-4 (1943), pp. 439-453, <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1943.tb00338.x>.

10. William Acton, *A Complete Practical Treatise on the Venereal Diseases and Their Immediate and Remote Consequences*, Londres, Henry Renshaw, 1841, p. 3, citado en Spongberg, *Feminizing Venereal Disease*, *op. cit*., p. 3.

11. Ibíd.

12. Girolamo Fracastoro, *Syphilis*, *op. cit*., p. 14, citado en Spongberg, *Feminizing Venereal Disease*, *op. cit*., p. 4.

13. Ewan Morgan, «The Physician Who Presaged the Germ Theory of Disease Nearly 500 Years Ago», en *Scientific American*, 22 de enero de 2021, <https://www.scientificamerican.com/article/the-physician-who-presagedthe-germ-theory-of-disease-nearly-500-years-ago/>; Vivian Nutton, «The Reception of Fracastoro's Theory of Contagion: The Seed That Fell Among Thorns?», en *Osiris*, vol. 6 (1990), pp. 196-234, <https://doi.org/10.1086/368701>.

14. K. Codell Carter, Scott Abbott y James L. Siebach, «Five Documents Relating to the Final Illness and Death of Ignaz Semmelweis», en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 69, núm. 2 (1995), pp. 255-270.

15. Semmelweis, *The Etiology*, *op. cit*.

16. Nina Strochlic, «'Wash Your Hands' Was Once Controversial Medical Advice», en *National Geographic*, 6 de marzo de 2020, <https://www.nationalgeographic.com/history/article/handwashing-once-controversialmedical-advice>.

17. «Women Blamed for Spread of La Grippe; Exposed Ankles Menace», en *The Daily Oklahoman*, 6 de enero de 1916, recuperado de Twitter [ahora X], <https://x.com/paulisci/status/1626364131946422272>.

18. Nancy Tomes, *The Gospel of Germs: Men, Women, and the Microbe in American Life*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1990, p. 137.

19. Theresa Machemer, «When a Women-Led Campaign Made It Illegal to Spit in Public in New York City», en *Smithsonian Magazine*, 10 de febrero de 2020, <https://www.smithsonianmag.com/history/19th-centurypublic-health-campaign-made-it-illegal-spit-public-new-york-city-180974023/>; «Spitting in Conveyances», en *The New York Times*, 15 de junio de 1896, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1896/06/15/503187512.pdf>.

20. Tomes, *The Gospel of Germs*, *op. cit.*, p. 215.

21. Ibíd., foto de portada.

(*). El nombre («Rainy Day Club») se debe a que la subida de los bajos tenía como objeto evitar que los vestidos se mojaran y llenaran de barro los días lluviosos, puesto que ponerlos a secar en los dormitorios de las casas aumentaba el riesgo de resfriados e infecciones, sobre todo en los hogares pobres. (*N. de la T.*)

22. «The Rainy Day Club», en *The New York Times*, 26 de noviembre de 1905, p. 6, <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1905/11/26/issue.html>.

23. «Public School Instruction in Cooking», en *Journal of the American Medical Association*, vol. 32 (1899), p. 1183, citado en Barbara Ehrenreich y Deirdre English, *For Her Own Good: Two Centuries of the Experts' Advice to Women*, Nueva York, Anchor Books, 2005, p. 168. [Hay trad. cast.: *Por tu propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, trad. de María Luisa Rodríguez Tapia, Madrid, Capitán Swing, 2010.]

24. «Typhoid Mary», en *New York American*, 20 de junio de 1909, citado en Judith Walzer Leavitt, *Typhoid Mary: Captive to the Public's Health*, Boston, Beacon Press, 1996, p. 180.

25. Para obtener más información acerca de Mary Mallon, véase Janet Brooks, «The Sad and Tragic Life of Typhoid Mary», en *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, núm. 6 (1996), pp. 915-916; Leavitt, *Typhoid Mary*, *op. cit.*; Filio

Marineli *et al*., «Mary Mallon (1869-1938) and the History of Typhoid Fever», en *Annals of Gastroenterology*, vol. 26, núm. 2 (2013), pp. 132-134; Robert Moorhead, «William Budd and Typhoid Fever», en *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 95, núm. 11 (2002), pp. 561-564, <https://doi.org/10.1177/014107680209501115>; George A. Soper, «The Curious Career of Typhoid Mary», en *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 15, núm. 10 (1939), pp. 698-712. Para consultar una reimpresión de una carta escrita por Mallon, véase «In Her Own Words», en *NOVA*, <https://www.pbs.org/wgbh/nova/typhoid/letter.html> [consultado el 9 de abril de 2023].

26. Noah Sheidlower, «Then and Now: Millionaire's Row Mansions of Fifth Avenue», en Untapped New York, <https://untappedcities.com/2021/05/19/millionaires-row-5th-avenue-mansions/> [consultado el 14 de julio de 2023].

27. «Typhoid Mary», en New York Public Library Digital Collections, <https://digitalcollections.nypl.org/items/85674452-ba9e-6934-e040e00a180606cf> [consultado el 9 de abril de 2023].

28. Ibíd.

29. El número de casos no está claro. Leavitt, *Typhoid Mary*, *op. cit*., p. 56; Brian Maye, «An Irishman's Diary on 'Typhoid Mary'», en *Irish Times*, 10 de febrero de 2015, <https://www.irishtimes.com/culture/heritage/an-irishman-s-diary-on-typhoid-mary-1.2097327>.

30. Leavitt, *Typhoid Mary*, *op. cit*.

31. Marineli *et al*., «Mary Mallon (1869-1938) and the History of Typhoid Fever», *op. cit*.

32. Leavitt, *Typhoid Mary*, *op. cit*.

33. Baker, *Fighting for Life*, Nueva York, MacMillan Co., 1939, p. 75, tal y como aparece citado en Leavitt, *Typhoid Mary*, *op. cit*., p. 45.

34. Baker, *Fighting for Life*, *op. cit.*, p. 79, tal y como aparece citado en Leavitt, *Typhoid Mary*, *op. cit.*, p. 46.

35. Baker, *Fighting for Life*, *op. cit.*, p. 80.

36. Mary Mallon a George Francis O'Neill, 1909, disponible en «Letter from Mary Mallon: On Being 'Typhoid Mary'», en CommonLit, <https://www.commonlit.org/en/texts/letter-from-mary-mallon-on-being-typhoidmary> [consultado el 15 de abril de 2023].

37. Ibíd.

38. «'Typhoid Mary' Reappears», en *New York Tribune*, 29 de marzo de 1915, p. 8, citado en Leavitt, *Typhoid Mary*, *op. cit.*, p. 151.

39. «Typhoid Mary», en *New York American*, disponible en Wikimedia, 21 de marzo de 2016, <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/fd/Mallon-Mary_01.jpg>.

40. Martin Luther, «Warning Against Prostitutes», 13 de mayo de 1543, en *Luther: Letters of Spiritual Counsel*, edición y traducción de Theodore G. Tappert, Vancouver, Regent College Publishing, 2003, p. 293.

41. Horatio R. Storer, «Cases of Nymphomania», en *American Journal of the Medical Sciences*, vol. 32, núm. 64 (1856), pp. 378-387.

42. Robert Latou Dickinson y Lura Beam, «Chapter IV: Anatomical Evidence of Sex Experience», en *A Thousand Marriages. A Medical Study of Sex Adjustment*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1931, pp. 50-54, <https://catalog.hathitrust.org/Record/001580627>.

43. Ibíd., pp. 53-54.

44. Spongberg, *Feminizing Venereal Disease*, *op. cit.*, p. 7.

45. C. Walter Clarke, «The American Social Hygiene Association», en *Public Health Reports*, vol. 70, núm. 4 (1955), pp. 421-427, <https://doi.org/10.2307/4589089>.

46. Scott Wasserman Stern, *The Trials of Nina McCall: Sex, Surveillance, and the Decades-Long Government Plan to Imprison "Promiscuous" Women*, Boston, Beacon Press, 2015.

47. Ibíd.

48. Scott W. Stern, «America's Forgotten Mass Imprisonment of Women Believed to Be Sexually Immoral», en History, 21 de julio de 2019, <https://www.history.com/news/chamberlain-kahn-act-std-venereal-disease-imprisonment-women>.

49. Póster «Two girls I know want to meet you in the worst way», hacia 1941-1945; 515-887, Serie World War II Posters, Record Group 44: Records of the Office of Government Reports, National Archives en College Park, College Park, Maryland, <https://catalog.archives.gov/id/515887>.

50. Póster «She May Look Clean—But», 1914, 101584655X24, History of Medicine Division Prints and Photographs Collection, National Library of Medicine, Bethesa, Maryland, <https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/vc/catalog/nlm:nlmuid-101584655X24-img>.

51. Póster «She may be … a bag of TROUBLE», 1940, swhp0131m, American Social Health Association Records (1905-2005), University of Minnesota, Social Welfare History Archives, University of Minesota Libraries, Minneapolis, Minesota, <https://umedia.lib.umn.edu/item/p16022coll223:16>.

52. Stern, «America's Forgotten Mass Imprisonment of Women Believed to Be Sexually Immoral», *op. cit*.

53. William G. Hollister, «The Rapid Treatment Center: A New Weapon in Venereal Disease Control», en *Mississippi Doctor*, vol. 21 (1944), pp. 316-319, cita en p. 316 (añadida cursiva), citado en John Parascandola, «Presidential Address:

Quarantining Women: Venereal Disease Rapid Treatment Centers in World War II America», en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 83, núm. 3 (2009), p. 443.

54. Para obtener más información acerca de Parran y Tuskegee, véase Allan M. Brandt, «Racism and Research: The Case of the Tuskegee Syphilis Study», en *The Hastings Center Report*, vol. 8, núm. 6 (1978), pp. 21-29; James H. Jones, *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*, Nueva York, Free Press, Londres, Collier-Macmillan Publishers, 1981; Susan M. Reverby, *Tuskegee's Trusths: Rethinking the Tuskegee Syphilis Study*, Chapel Hill, Carolina del Norte, University of North Carolina Press, 2000.

55. Aaryn Urell, «Tuskegee Syphilis Experiment», en Equal Justice Initiative, 31 de octubre de 2020, <https://eji.org/news/history-racial-injustice-tuskegee-syphilis-experiment/>.

56. D. Sledge, «Linking Public Health and Individual Medicine: The Health Policy Approach of Surgeon General Thomas Parran», en *American Journal of Public Health*, vol. 107, núm. 4 (2017), pp. 509-516, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5343701/>.

57. Kristin Englund, «Syphilis 100 Years Later», en Consult QD, Cleveland Clinic, 21 de noviembre de 2017, <https://consultqd.clevelandclinic.org/syphilis-100-years-later/>.

58. Paul de Kruif y Thomas Parran, «We Can End This Sorrow», en *Ladies' Home Journal*, agosto de 1937, vol. 23, p. 88-90.

59. G. Robert Coatney a John C. Cutler, 17 de febrero de 1947, 5720548, box 1a, folder 11, Records of Dr. John C. Cutler, National Archives en Atlan ta, Atlanta, Georgia, <https://www.archives.gov/research/health/cdc-cutlerrecords>.

60. La siguiente descripción del campamento y la escena está basada en United States Public Health Service, «A Venereal Disease Rapid Treatment Center», 1944, Washington D. C., 8800496A, History of Medicine Division Collection, National Library of Medicine, Bethesda, Maryland, <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-8800496A-vid>.

61. Ibíd.

62. Know for Sure (Research Council of the Academy of Motion Picture Arts and Sciences for USPHS, 1941), 1941, <https://www.youtube.com/watch?v=ac8xEUdiQbI>.

63. United States Public Health Service, «A Venereal Disease Rapid Treatment Center», *op. cit*.

64. Lysol, «Love-Quiz … For Married Folks Only», en *Radio and Television Mirror*, mayo de 1948, p. 88, <https://www.worldradiohistory.com/Archive-Radio-Mirror/48/Mirror-1948-May.pdf>.

65. Robert A. Baan, «Carcinogenic Hazards from Inhaled Carbon Black, Titanium Dioxide, and Talc Not Containing Asbestos or Asbestiform Fibers: Recent Evaluations by an IARC Monographs Working Group», en *Inhalation Toxicology*, vol. 19, núm. S1 (2007), pp. 213-228, <https://doi.org/10.1080/08958370701497903>; American Cancer Society, «Talcum Powder and Cancer», 6 de diciembre de 2022, <https://www.cancer.org/healthy/cancer-causes/chemicals/talcum-powder-and-cancer.html>.

66. Tiffany Hsu, «Johnson & Johnson Reaches Deal for $8.9 Billion Talc Settlement», en *The New York Times*, 4 de abril de 2023, sección Business, <https://www.nytimes.com/2023/04/04/business/media/johnson-johnson-talc-settlement.html>.

67. Centers for Disease Control and Prevention, «Human Papillomavirus (HPV) Vaccination: What Everyone Should Know», 16 de noviembre de 2021, <https://www.cdc.gov/hpv/vaccines/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/public/>; «Dr. Anna Beavis Discusses Gender Differences in HPV Vaccination», en American Journal of Managed Care, 25 de marzo de 2018, <https://www.ajmc.com/conferences/sgo-2018/dr-anna-beavis-discusses-gender-differences-in-hpv-vaccination>; Tami L. Thomas y Samuel Snell, «Ask the Expert: Vaccinate Boys with the HPV Vaccine? Really?», en *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, vol. 18, núm. 2 (2013), pp. 165-169, <https://doi.org/10.1111/jspn.12025> y Corrigendum, en *Journal for*

Specialists in Pediatric Nursing, vol. 19, núm. 1 (2014), p. 101, <https://doi.org/10.1111/jspn.12061>.

68. U. S. Food and Drug Administration, «Gender Studies in Product Development: Historical Overview», 16 de febrero de 2018, <https://public4.pagefreezer.com/content/FDA/16-06-2022T13:39/>; <https://www.fda.gov/science-research/womens-health-research/gender-studies-product-development-historical-overview>.

69. Institute of Medicine (US) Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences, *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?*, Theresa M. Wizemann y Mary-Lou Pardue (ed.), The National Academies Collection: Reports Funded by National Institutes of Health, Washington D. C., National Academies Press, 2001, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222288/>.

70. «Who We Are», en Organization for the Study of Sex Differences, <https://www.ossdweb.org/who-we-are> [consultado el 5 de abril de 2023].

71. National Institutes of Health Office of Research on Women's Health, «NIH Policy on Sex as a Biological Variable», s. f., <https://orwh.od.nih.gov/sex-gender/nih-policy-sex-biological-variable>.

72. Robert H. Goldstein y Rochelle P. Walensky, «Where Were the Women? Gender Parity in Clinical Trials», en *New England Journal of Medicine*, vol. 381, núm. 26 (2016), pp. 2491-2493, <https://doi.org/10.1056/NEJMp1913547>.

73. Sabrá L. Klein y Rosemary Morgan, «The Impact of Sex and Gender on Immunotherapy Outcomes», en *Biology of Sex Differences*, vol. 11, núm. 24 (2020), <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00301-y>; Azzurra Irelli *et al.*, «Sex and Gender Influences on Cancer Immunotherapy Response», en *Biomedicines*, vol. 8, núm. 232 (2020), <https://doi.org/10.3390/biomedicines8070232>; Youqiong Ye *et al.*, «Sex-Associated Molecular Differences for Cancer Immunotherapy», en *Nature Communications*, vol. 11, núm. 1779 (2020), <https://doi.org/10.1038/s41467-020-15679-x>.

74. Edward Winstead, «Severe Side Effects of Cancer Treatment Are More Common in Women than Men», en *National Cancer Institute*, 15 de marzo de

2022, <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2022/cancer-treatment-women-severe-side-effects>.

75. Fariha Angum, Tahir Khan, Jasndeep Kaler *et al.*, «The Prevalence of Autoimmune Disorders in Women: A Narrative Review», en *Cureus*, vol. 12, núm. 5 (13 de mayo de 2020), p. e8094, <doi:10.7759/cureus.8094>.

76. Entrevista telefónica de la autora a Michael Lockshin, 16 de enero de 2023. Michael Lockshin, doctor en Medicina, es director emérito del Barbara Volcker Center for Women and Rheumatic Disease del Hospital for Special Surgery.

77. Michael D. Lockshin, «Lupus Care: The Past, the Present, and the Future», en Hospital for Special Surgery, 21 de mayo de 2013, <https://www.hss.edu/conditions_lupus-care-past-present-and-future.asp>.

78. Entrevista telefónica de la autora a Michael Lockshin, 16 de enero de 2023.

79. M. D. Lockshin, E. Reinitz, M. L. Druzin; M. Murrman, D. Estes, «Lupus pregnancy: case-control study demonstrating absence of lupus exacerbation during or after pregnancy», en *The American Journal of Medicine*, vol. 77, núm. 5 (1984), pp. 893-898, <https://doi.org/10.1016/0002-9343(84)90538-2>; M. D. Lockshin, «Pregnancy does not cause systemic lupus erythematosus to worsen», en *Arthritis and Rheumatism*, vol. 32, núm. 6 (1989), pp. 665-670; Lockshin, «Lupus Care», *op. cit*.

80. Entrevista telefónica de la autora a Michael Lockshin, 16 de enero de 2023.

81. Michael D. Lockshin, «Discussion of Diagnostic Excellence», en *Journal of the American Medical Association*, vol. 327, núm. 9 (1 de marzo de 2022), pp. 879-880, <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25262>.

82. Entrevista telefónica de la autora a Elizabeth Ortiz, 19 de diciembre de 2022. Elizabeth Ortiz, doctora en Medicina, con doble certificación de junta en medicina interna y reumatología.

83. Ibíd.

84. Ibíd.

85. Ibíd.

86. Bernie S. Siegel, *Love, Medicine & Miracles*, Nueva York, HarperCollins Publishers, 1986, p. 77. [Hay trad. cast.: *Amor, medicina milagrosa enseñanzas sobre autocuración debidas a la experiencia de un cirujano con pacientes excepcionales*, trad. de Jaime Doriga, Madrid, Espasa, 2009.]

87. Michael Majchrowicz, «Women's Menstrual Cycles and Fertility Are Affected by Being Around People Who Have Received COVID-19 Vac cine», en *PolitiFact*, 21 de abril de 2021, <https://www.politifact.com/factchecks/2021/apr/21/facebook-posts/no-womens-cycles-and-fertility-arenot-affected-be>/.

88. Katharine M. N. Lee *et al*., «Investigating Trends in Those Who Experience Menstrual Bleeding Changes After SARS-CoV-2 Vaccination», en *Science Advances*, vol. 8, núm. 28 (2022), <https://doi.org/10.1126/sciadv.abm7201>.

89. Entrevista telefónica de la autora a la doctora Katharine Lee, 10 de enero de 2023.

90. Ibíd.

9. Nervios: Sistema nervioso

1. <https://www.brainyquote.com/quotes/w_c_fields_384250>.

2. William Shakespeare, *Hamlet: A Tragedy*, Nueva York, McClure, Phillips & Co., 1901. [Hay trad. cast.: *Hamlet*, trad. de Inarco Celenio, Madrid, 1798, <https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/hamlet-tragedia--1/html/ff18f76c-82b1-11df-acc7-002185ce6064_26.html>.]

3. *As Good As It Gets*, 1997.

4. Silas Weir Mitchell, *Wear and Tear, or, Hints for the Overworked*, 5ª ed., Filadelfia, J. B. Lippincott, 1887, <https://www.gutenberg.org/files/13197/13197-h/13197-h.htm>.

5. Charles Darwin, *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex*, Londres, J. Murry, 1888, p. 361. [Hay trad. cast.: *El origen del hombre*, trad. de Joandomènec Ros, Barcelona, Crítica, 2021.]

6. *The Simpsons*, temporada 10, episodio 15, «Marge Simpson in: Screaming Yellow Honkers», emitido el 21 de febrero de 1999, <https://getyarn.io/yarn-clip/fd8f5ea8-d08f-4033-9720-246e4ffcb6e9>.

7. Aristotle, *The History of Animals*, libro IX, trad. de D'Arcy Wentworth Thompson, siglo iv a. C, <https://penelope.uchicago.edu/aristotle/histanimals9.html>. [Hay trad. cast.: Aristóteles, *Historia de los animales*, <https://bdh.bne.es/bnesearch/detalle/bdh0000004799>.]

8. Charles Dickens, «A Curious Dance Round a Curious Tree», en *Household Words* (1852), p. 59.

9. Pierre Janet, *The Major Symptoms of Hysteria: Fifteen Lectures Given in the Medical School of Harvard University*, Nueva York, Macmillan, 1913.

10. Augustin Fabre, *L'hystérie Viscérale — Nouveaux Fragments de Clinique Médicale*, París, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, 1883. Tal y como aparece citado en Elaine Showalter, «Hysteria, Feminism, and Gender», en Sander L. Gilman *et. al.*, *Hysteria Beyond Freud*, Berkeley, California, University of California Press, 1993, p. 286, <https://publishing.cdlib.org/ucpressebooks/view?chunk.id=d0e14039&docId=ft0p3003d3>.

11. Charles Delucena Meigs, *Females and Their Diseases: A Series of Letters to His Class*, Filadelfia, Lea and Blanchard, 1848, p. 47.

12. «Bitch Is Crazy», pista 13 de Drake, *Comeback Season*, OVO Sound, 2007.

13. BA Winstead, «Hysteria», en CS Widom (ed.), *Sex Roles and Psychopathology*, Nueva York, Springer US, 1984, pp. 73-100.

14. *The Heartbreak Kid*, DreamWorks Pictures, 2007, <https://www.youtube.com/watch?v=equO2509niE>.

15. Désiré-Magloire Bourneville, *Iconographie photographique de la Salpêtrière v.2*, París, Progrès medical, 1877, <http://archive.org/details/McGillLibrary-osl_iconographie-photographique_WMB775i1880-v2-18483>; véase también Asti Hustvedt, *Medical Muses: Hysteria in Nineteenth Century Paris*, Nueva York, W. W. Norton & Company, 2001, p. 167.

16. Paul Regnard, *Hystero-Epilepsy: Normal State*, fotografía de Augustine Gleizes por Paul Regnard para Désiré-Magloire Bourneville y Paul Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, vol. 2, París, Aux Bureaux du Progrès Medical, Delahaye & Lecrosnier, 1878, lámina 14; Yale University, Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library (tal y como aparece citado en *Medical Muses*, *op. cit.*, p. 166). Para obtener un análisis detallado de las tres mujeres tratadas en el Salpêtrière, véase Asti Hustvedt, *Medical Muses*, *op. cit*.

17. Tal y como aparece citado en Asti Hustvedt, *Medical Muses*, *op. cit*.

18. Asti Hustvedt, *Medical Muses*, *op. cit.*, p. 167.

19. «Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière: UNE PAGE D'HISTOIRE», en Hôpital Pitié-Salpêtrière AP-HP, s. f., <https://pitiesalpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/58/files/2016/12/Une-page-dhistoire.pdf>.

20. Véase *Iconographie photographique de la Salpêtrière v.2*, *op. cit.*, p. 139, como aparece referenciado en *Medical Muses*, *op. cit.*, p. 153.

21. *Iconographie photographique de la Salpêtrière v.2*, *op. cit.*, p. 139. Narración detallada de Augustine y el señor C. tal y como aparece citada en *Medical Muses*, *op. cit.*, pp. 145-211, específicamente en p. 190.

22. Reseña de *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, en *British Medical Journal*, vol. 1, núm. 962 (7 de junio de 1879), p. 856, tal y como aparece citado en *Medical Muses*, *op. cit.*, p. 193.

23. *Medical Muses*, *op. cit.*, p. 193.

24. «Passionate Attitudes: Mockery», fotografía de Augustine Gleizes por Paul Regnard para Désiré-Magloire Bourneville y Paul Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, vol. 2, París, Aux Bureaux du Progrès Medical, Delahaye & Lecrosnier, 1878, lámina 26; Yale University, Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library (tal y como aparece citado en *Medical Muses*, *op. cit*., p. 183).

25. Tal y como aparece citado en Edward Shorter, *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*, Nueva York, Free Press, 1992, p. 168. Fuente original: Jean-Martin Charcot, «Hospice de la Salpetriere: Reouverture des conferences Clinique de M. Charcot», en *Prog. Med*., vol. 8 (27 de noviembre de 1880), pp. 969-971, cita en p. 970.

26. Percival Bailey, «Hysteria: The History of a Disease», en *Archives of General Psychiatry*, vol. 14, núm. 3 (1 de marzo de 1966), pp. 332-333, <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1966.01730090108024>.

27. Para consultar un análisis más completo de la historia antigua de la histeria, véase Andrew Scull, *Hysteria: The Disturbing History*, Oxford, Reino Unido, Oxford University Press, 2012.

28. Bailey, «Hysteria: The History of a Disease», *op. cit*.

29. Cecilia Tasca, Mariangela Rapetti, Mauo Giovanni Carta y Bianca Fadda, «Women and Hysteria in the History of Mental Health», en *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, vol. 8, núm. 1 (9 de octubre de 2012), p. 110-119, <doi:10.2174/1745017901208010110>.

30. Edward Jorden, *A Briefe Discourse of a Disease Called the Suffocation of the Mother*, Londres, Iohn Windet, 1603.

31. Tal y como aparece citado en Gilman *et. al*., *Hysteria Beyond Freud*, *op. cit*., p. 252.

32. Ibíd.

33. De Elaine Showalter, *The Female Malady*, Nueva York, Pantheon Books, 1985, tal y como aparece referenciado en «The Hatch and Brood of Time 12: Ophelia's Distraction», en *The Yale Historical Review*, 14 de diciembre de 2020, <https://yalehistoricalreview.ghost.io/hatchandbrood12/>.

34. John Everett Millais, *Ophelia*, 1894, óleo sobre lienzo, 1894, en Tate, <https://www.tate.org.uk/art/artworks/millais-ophelia-n01506>.

35. Maurice Charney y Hanna Charney, «The Language of Madwomen in Shakespeare and His Fellow Dramatists», en *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 3, núm. 2 (diciembre de 1977), pp. 451-460, <https://doi.org/10.1086/493476>; E. R. Leach, «Magical Hair» en *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, vol. 88, núm. 2 (1958), pp. 147-164, <https://doi.org/10.2307/2844249>.

36. Jean-Martin Charcot, *L'hystérie*, Etienne Trillat (ed.), reimpresión, París, L'Harmattan, 1998, pp. 50-51, tal y como aparece citado en *Medical Muses*, *op. cit.*, p. 52.

37. Detalles citados en *Medical Muses*, *op. cit.*, p. 192 y originalmente en *Iconographie photographique de la Salpêtrière, vol. 2*, *op. cit.*, p. 160.

38. Sallie Baxendale y Fiona Marshall, «The Epileptic Singers of Belle Époque Paris», en *Medical Humanities*, vol. 38, núm. 2 (diciembre 2012), pp. 88-90, <https://doi.org/10.1136/medhum-2011-010124>.

39. Para consultar un análisis detallado, así como diversas teorías sobre la inspiración tras su huida disfrazada de hombre, véase *Medical Muses*, *op. cit.*, p. 207; también «Alice Winocour's Augustine | Fiction and Film for French Historians», en H-france.net, 1 de julio de 2013 [recuperado el 26 de agosto de 2017].

40. Alfred Myerson, «Hysteria as a Weapon in Marital Conflicts», en *The Journal of Abnormal Psychology*, vol. 10, núm. 1 (1915), pp. 1-10, <https://doi.org/10.1037/h0073548>.

41. George Miller Beard, *American Nervousness, Its Causes and Consequences: A Supplement to Nervous Exhaustion (Neurasthenia)*, Nueva York, Putnam, 1881.

42. Tal y como aparece citado en Mitchell, *Wear and Tear, or, Hints for the Overworked*, *op. cit*., p. 49.

43. Josef Breuer y Sigmund Freud, *Studies on Hysteria*, Nueva York, Basic Books, 2009. [Hay trad. cast.: *Estudios sobre la histeria*, trad. de Rafael Aburto, México, Siglo XXI Editores, 2023.]

44. Charles Darwin, *The Autobiography of Charles Darwin, 1809-1888: With Original Omissions Restored*, Nueva York, W. W. Norton & Company, 1969, p. 233, <http://archive.org/details/autobiographyofc0000nora>. [Hay trad. cast.: *Autobiografía. Charles Darwin*, trad. de José Luis Gil Aristu, Pamplona, Laetoli, 2008.]

45. Edward H. Clarke, *Sex in Education, or, A Fair Chance for Girls*, Cambridge, Massachusetts, Houghton, Mifflin and Company, Riverside Press, 1884, p. 18, <https://wellcomecollection.org/works/pz48qg24/items>.

46. Clarke, *Sex in Education, or, A Fair Chance for Girls*, *op. cit*.

47. Silas Weir Mitchell, *Fat and Blood: An Essay on the Treatment of Certain Forms of Neurasthenia and Hysteria*, 4ª ed. rev., Filadelfia, Lippincott, 1885; S. Weir Mitchell y E. C. Seguin, *A Series of American Clinical Lectures: Rest in the Treatment of Nervous Disease*, vol. 1, nos 1 y 4, Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1875, <https://corescholar.libraries.wright.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1006&context=special_book>s.

48. Mitchell, *Fat and Blood*, *op. cit*., p. 58.

49. Charlotte Perkins Gilman, «The Yellow WallPaper», 1892, <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/theliteratureofprescription/exhibitionAssets/digitalDocs/The-Yellow-Wall-Paper.pdf>. [Hay trad. cast.: *El papel pintado amarillo*, trad. de María José Chuliá, Zaragoza, Contraseña, 2012.]

50. Thomas Quinn Beesley, «When the Brain Is Sick», en *The New York Times*, 18 de junio de 1922.

51. Basado en informes clínicos encontrados en las páginas 123-161 de Henry A. Cotton, «Chapter V: Report of Cases», en *The Defective Delinquent and Insane*, Princeton, Nueva Jersey, Princeton University Press, 1921, <http://archive.org/details/defectivedelinqu00cottuoft>; para consultar un análisis extenso de Thomas Cotton y la historia relacionada, véase Scull, *Madhouse*, *op. cit*. Todos los mencionados casos ficcionados proceden de los informes clínicos de Henry Cotton, excepto el de «Elaine», que está basado en una historia contada a la autora anónimamente.

52. Kate Moore, *The Woman They Could Not Silence*, Naperville, Illinois, Sourcebooks, 2021.

53. Cotton, «Chapter I: The Problem of the Insane», en *The Defective Delinquent and Insane*, *op. cit*., p. 6.

54. Anne Hudson Jones, «The Cautionary Tale of Psychiatrist Henry Aloysius Cotton», en *The Lancet*, vol. 366, núm. 9483 (30 de julio de 2005), pp. 361-362, <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67009-2>.

55. Beesley, «When the Brain Is Sick», *op. cit*.

56. Cotton, «Chapter III: The Systemic Effects of Chronic Infections», en *The Defective Delinquent and Insane*, *op. cit*., p. 67.

57. Scull, *Madhouse*, *op. cit*.

58. «PHYSICIANS DEFEND TRENTON ASYLUM», en *The New York Times*, 24 de septiembre de 1925.

59. Scull, *Madhouse*, *op. cit*., p. 55, también en Henry A. Cotton, «The Relation of Oral Infection to Mental Diseases», en *Journal of Dental Research* vol. 1, núm. 3 (1 de septiembre de 1919), p. 273, <https://doi.org/10.1177/00220345190010030201>.

60. Walter Freeman y James W. Watts, «PREFRONTAL LOBOTOMY IN THE TREATMENT OF MENTAL DISORDERS», en *Southern Medical Journal*, vol. 30, núm. 1 (1937), p. 25.

61. Megan McArdle, «What the World Can Learn from a Lobotomy Surgeon's Horrible Mistake», en *The Washington Post*, 14 de febrero de 2023, <https://www.washingtonpost.com/opinions/2023/02/14/walter-freeman-lobotomy-regret/>; véase también Jack El-Hai, *The Lobotomist: A Maverick Medical Genius and His Tragic Quest to Rid the World of Mental Illness*, 1ª ed., Hoboken, Nueva Jersey, Wiley, 2007.

62. Bowers *et al*., «Masochism and Interstitial Cystitis», *op. cit*., p. 299.

63. Freeman y Watts, «PREFRONTAL LOBOTOMY IN THE TREATMENT OF MENTAL DISORDERS», *op. cit*., p. 26.

64. Freeman y Watts, «PREFRONTAL LOBOTOMY IN THE TREATMENT OF MENTAL DISORDERS», *op. cit*.

65. Ibíd.

66. Meg Matthias, «How Many People Actually Got Lobotomized?», en Britannica, 8 de septiembre de 2020, <https://www.britannica.com/story/how-many-people-actually-got-lobotomized>; M. Kramer, «The 1951 Survey of the Use of Psychosurgery in Proceedings of the Third Research Conference on Psychosurgery», en *PHS Publication*, vol. 221 (1954), tal y como aparece citado en Andrea Tone y Mary Koziol, «(F)ailing Women in Psychiatry: Lessons from a Painful Past», en *CMAJ*, vol. 190, núm. 20 (22 de mayo de 2018), pp. E624-625, <https://doi.org/10.1503/cmaj.171277>.

67. McArdle, «What the World Can Learn from a Lobotomy Surgeon's Horrible Mistake», *op. cit*.

68. Tone y Koziol, «(F)ailing Women in Psychiatry: Lessons from a Painful Past», *op. cit*.

69. Heather Radke, «The Magic Bullet: How a Drug Called Miltown Ushered in an Age of Pill-Popping for Anxious Americans», en Topic, octubre de 2018.

70. «Syndromes of the Sixties: The Battered Parent Syndrome», en *Journal of the American Medical Association*, vol. 203, núm. 11 (1968), pp. 60-62.

71. «Assessing the Impact of SSRI Antidepressants on Popular Notions of Women's Depressive Illness», en *Social Science & Medicine*, vol. 58, núm. 3 (febrero de 2004), pp. 577-584, <https://doi.org/10.1016/S02779536(03)00369-1>.

72. Matthew D. Baird *et al*., «Societal Impact of Research Funding for Women's Health in Alzheimer's Disease and Alzheimer's Disease–Related Dementias», en RAND Corporation, 2021, <https://doi.org/10.7249/RRA708-1>.

73. Korin Miller, «I Was Diagnosed With MS at 20—After My Doctor Completely Dismissed My First Symptom», en *Self*, 1 de noviembre de 2022, <https://www.self.com/story/diagnosed-with-ms-in-20s-essay>.

74. Rachel Ramirez, Luke Montgomery y Julianna Nemeth, «This Group Has a Shocking Concussion Rate. It's Not Football Players», en *The Washington Post*, 31 de octubre de 2022, sección Opinion, <https://www.washingtonpost.com/opinions/2022/10/31/football-concussions-domestic-violence-victims-head-injury/>; Tracey Covassin, C. Buz Swanik y Michael L. Sachs, «Sex Differences and the Incidence of Concussions Among Collegiate Athletes», en *Journal of Athletic Training*, vol. 38, núm. 3 (2003), pp. 238-244; Christopher D'Lauro *et al*., «Under-Representation of Female Athletes in Research Informing Influential Concussion Consensus and Position Statements: An Evidence Review and Synthesis», en *British Journal of Sports Medicine*, vol. 56, núm. 17 (1 de septiembre de 2022), pp. 981-987, <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-105045>.

75. Entrevista de la autora a la doctora Allie Baker, 1 de abril de 2023.

76. Entrevista de la autora a la doctora Bridget Carey, 10 de abril de 2023.

77. Entrevista de la autora a la doctora Allie Baker, 1 de abril de 2023.

78. Hay cierto debate sobre el origen de esta cita. Ernest Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud, Volume 2: Years of Maturity, 1901-1919*, 1ª ed., Nueva York, Basic Books, 1955. [Hay trad. cast.: *Vida y obra de Sigmund Freud*, trad. de Mario Carlisky y José Cano Tembleque, Barcelona, RBA, 2003]; Shoshana Felman, *What Does a Woman Want?*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1993, <https://doi.org/10.56021/9780801846175>; Mary Mothersill, «Notes on Feminism», en *The Monist*, vol. 57, núm. 1 (1 de enero de 1973), p. 1, <https://doi.org/10.5840/monist197357136>.

79. Entrevista de la autora al doctor Saadi Ghatan, 2 de abril de 2023.

10. Hormonas: Sistema endocrino

1. Edgar F. Berman, «Text of Dr. Berman's Letter to Rep. Mink», en *The Washington Post*, 13 de diciembre de 1970, sección Potomac.

2. Charles-Édouard Brown-Séquard, «On a New Therapeutic Method Consisting in the Use of Organic Liquids Extracted from Glands and Other Organs», en *British Medical Journal*, vol. 1, núm. 1693 (10 de junio de 1893), p. 1212, <https://doi.org/10.1136/bmj.1.1693.1212>.

3. Charles-Édouard Brown-Séquard, «NOTE ON THE EFFECTS PRODUCED ON MAN BY SUBCUTANEOUS INJECTIONS OF A LIQUID OBTAINED FROM THE TESTICLES OF ANIMALS», en *The Lancet* (edición británica), vol. 134, núm. 3438 (20 de julio de 1889), pp. 105-107, <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)64118-1>.

4. Ernest Henry Starling, «The Croonian Lectures on the Chemical Correlation of the Functions of the Body», en *The Lancet*, 20 de junio de 1905, pp. 339-341, <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674366701.c112>; John Henderson, «Ernest Starling and 'Hormones': An Historical Commentary», en *Journal of Endocrinology*, vol. 184, núm. 1 (1 de enero de 2005), pp. 5-10, <https://doi.org/10.1677/joe.1.06000>.

5. Antonio Nacchia *et al.*, «From Torture to Therapy: The History of Human Castration», en *The Journal of Urology*, vol. 207, núm. S5 (mayo de 2022), p. e216, <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002541.13>.

6. Lindsay Edouard, «Brown-Séquard, Father of Endocrinology», en *African Journal of Reproductive Health*, vol. 23, núm. 4 (diciembre de 2019), pp. 16-18, <https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/193137/182259>; Setti S. Rengachary, Chaim Colen y Murali Guthikonda, «Charles-Édouard Brown-Séquard: An Eccentric Genius», en *Neurosurgery*, vol. 62, núm. 4 (2008), pp. 954-964, <https://doi.org/10.1227/01.neu.0000318182.87664.1f>.

7. Brown-Séquard, «Note on the Effects Produced on Man by Subcutaneous Injections of a Liquid Obtained from the Testicles of Animals», *op. cit.*, pp. 105-107.

8. S. H. Collins, «Correspondence: The Elixir of Life», en *The Cincinnati Lancet and Clinic (1878-1904)*, vol. 23 (1889), p. 203; «The Life Elixir of Brown-Sequard», en *Buchanan's Journal of Man*, vol. 3, Boston, J.R. Buchanan, 1889, pp. 431-435.

9. Tal y como aparece citado en Osborn Segerberg, *The Immortality Factor*, Nueva York, Dutton, 1974, p. 85.

10. Para más información sobre la historia de las hormonas sexuales, véase Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*, Oxfordshire, Reino Unido, Routledge, 1994, <https://www.routledge.com/Beyond-the-Natural-Body-An-Archaeology-of-Sex-Hormones/Oudshoorn/p/book/9780415091916>.

11. «Estrogen», en Online Etymology Dictionary, 2017, <https://www.etymonline.com/word/estrogen>.

12. W. Blair Bell, *The Sex-Complex: A Study of the Relationships of the Internal Secretions to the Female Characteristics and Functions in Health and Disease*, Inglaterra, Bailliere, Tindall, and Cox, 1916, p. 207, <https://hdl.handle.net/2027/uc1.b4108588>.

13. Katherine Pouba, Ashley Tianen y Dr. Susan McFadden, «Lunacy in the 19th Century: Women's Admission to Asylums in United States of America», en *Oshkosh Scholar*, vol. 1 (abril de 2006), pp. 95-103.

14. «History of Women at HMS», en Harvard Medical School: Joint Committee on the Status of Women, <https://jcsw.hms.harvard.edu/history> [consultado el 30 de junio de 2023].

15. Mary Putnam Jacobi, «The Question of Rest for Women during Menstruation: The Boylston Prize Essay of Harvard University for 1876», Nueva York, G.P. Putnam's Sons, 1877, <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-67041010R-bk?_gl=1*i9pszn*_ga*MTE5NTQyMTc2OC4xNjc5Mjc2MTc3*_ga_P1FPTH9PL4*MTY4NzYyNTc5NS4xMy4xLjE2ODc2MjU4MTguMC4wLjA>.

16. Jacobi, «The Question of Rest for Women during Menstruation», *op. cit.*, p. 5.

17. Bell, *The Sex-Complex*, *op. cit.*, p. 207.

18. Ibíd., p. 207.

19. Ibíd., p. 211.

20. Ibíd.

21. Ibíd.

22. James Woods, «The History of Estrogen» en University of Rochester Medical Center, <https://www.urmc.rochester.edu/ob-gyn/ur-medicinemenopause-and-womens-health/menopause-blog/february-2016/the-history-of-estrogen.aspx> [consultado el 14 de julio de 2023].

23. Tal y como aparece citado en Oudshoorn, *Beyond the Natural Body*, *op. cit.*, p. 24.

24. Para consultar el debate sobre Laqueur y el descubrimiento de la testosterona, véase lo expuesto en ibíd., pp. 42-64.

25. E. Borchardt *et al.*, «Over het vrouwelijk geslachtshormoon Menformon, in het bijzonder over de antimasculine werking», en *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*,

vol. 72, p. 1028, tal y como aparece citado en Oudshoorn, *Beyond the Natural Body*, *op. cit.*, p. 38.

26. Bernhard Zondek, «Mass Excretion of OEstrogenic Hormone in the Urine of the Stallion», en *Nature*, vol. 133, núm. 3354 (febrero de 1934), pp. 209-210, <https://doi.org/10.1038/133209a0>.

27. Thomas Schlich, *The Origins of Organ Transplantation: Surgery and Laboratory Science, 1880-1930*, Rochester, Nueva York, University of Rochester Press, 2010, p. 113; Basil James, «Case of Homosexuality Treated by Aversion Therapy», en *British Medical Journal*, vol. 1, núm. 5280 (17 de marzo de 1962), pp. 768-770.

28. *Emotions of Everyday Living: Roots of Happiness* (Mental Health Film Board, 1953), 1953, <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101685926-vid>.

29. N. T. Werthessen y R. C. Johnson, «Pincogenesis—Parthenogenesis in Rabbits by Gregory Pincus», en *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 18, núm. 1 (1974), pp. 86-93, <https://doi.org/10.1353/pbm.1974.0003>; A. White, «Gregory Goodwin Pincus (1903-1967)», en *Endocrinology*, vol. 82, núm. 4 (abril de 1968), pp. 651-654, https://doi.org/10.1210/endo-824-651; «Dr. Pincus, Developer of Birth-Control Pill, Dies», en *The New York Times*, 13 de agosto de 1967, sección Obituary, <https://archive.nytimes.com/www.nytimes.com/learning/general/onthisday/bday/0409.html>; Nelly Oudshoorn, «On the Making of Sex Hormones: Research Materials and the Production of Knowledge», en *Social Studies of Science*, vol. 20, núm. 1 (1990), pp. 5-33. Para consultar fuentes adicionales sobre Pincus, véase «Gregory Pincus and Enovid.: Conceiving the Pill», en Center for the History of Medicine at Countway Library, Onview: Digital Collections & Exhibits, 1956-1960, <https://collections.countway.harvard.edu/onview/exhibits/show/conceiving-the-pill/gregory-pincus-and-enovid>.

30. Werthessen y Johnson, «Pincogenesis», *op. cit.*, pp. 86-93; White, «Gregory Goodwin Pincus (1903-1967)», *op. cit.*, pp. 651-654.

31. «Gregory Goodwin Pincus», en Wikipedia, 14 de julio de 2023, <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Gregory_GoodwinPincus&oldid=1165257122>.

32. Stanley Elliott, «Fathers' Fear of Rivalry by Salt Solution Dispelled by Scientists: Rabbit Without Papa Shock to Medical World», en *Santa Barbara News-Press*, 14 de noviembre de 1939.

(*). Planned Parenthood es una organización estadounidense sin ánimo de lucro que asesora en cuestiones de salud reproductiva y ofrece educación sexual y otros servicios relacionados con la contracepción, la planificación familiar y el aborto. (*N. de la T.*)

33. Audiey Kao, «History of Oral Contraception», en *AMA Journal of Ethics*, vol. 2, núm. 6 (1 de junio de 2000), pp. 55-56.

34. Oudshoorn, «On the Making of Sex Hormones», *op. cit.*, p. 115.

35. William C. Roberts, «Facts and Ideas from Anywhere», en *Baylor University Medical Center*, vol. 38, núm. 3 (2015), pp. 421-432, <https://doi.org/10.1080/08998280.2021.1902727>.

36. «Katharine Dexter McCormick (1875-1967)», en *PBS: American Experience*, <https://www.pbs.org/wgbh/americanexperience/features/pill-katharine-dexter-mccormick-1875-1967/> [consultado el 30 de junio de 2023].

37. Katharine McCormick, «Correspondence between Sanger and McCormick», 31 de mayo de 1955, <http://93778645.weebly.com/letters-between-sanger-and-mccormick.html>.

38. Para consultar en profundidad la historia del desarrollo de la píldora y los experimentos con reclusas, véase Jonathan Eig, *The Birth of the Pill: How Four Crusaders Reinvented Sex and Launched a Revolution*, Nueva York, W. W. Norton & Company, 2015, <https://wwnorton.com/books/The-Birthof-the-Pill/>.

39. Audiey Kao, «History of Oral Contraception», *op. cit.*, pp. 55-56.

40. Drew C. Pendergass y Michelle Y. Raji, «The Bitter Pill: Harvard and the Dark History of Birth Control», en *The Harvard Crimson*, 28 de septiembre de 2017, <https://www.thecrimson.com/article/2017/9/28/the-bitterpill>/.

41. Tal y como aparece citado en Annette B. Ramírez de Arellano y Conrad Seipp, *Colonialism, Catholicism, and Contraception: A History of Birth Control in Puerto Rico*, Chapel Hill, Carolina del Norte, UNC Press Books, 2017, p. 110.

42. Tal y como aparece citado en ibíd., p. 115.

43. Theresa Vargas, «Guinea Pigs or Pioneers? How Puerto Rican Women Were Used to Test the Birth Control Pill», en *The Washington Post*, 28 de octubre de 2021, <https://www.washingtonpost.com/news/retropolis/wp/2017/05/09/guinea-pigs-or-pioneers-how-puerto-rican-women-wereused-to-test-the-birth-control-pill/>.

44. James Milne y Gregory Pincus, «AN ORAL CONTRACEPTIVE», en *The Lancet* (edición británica), vol. 271, núm. 7032 (1958), p. 1230, <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(58)91941-X>.

45. Lawrence Lader, «Three Men Who Made a Revolution», en *The New York Times*, 10 de abril de 1966.

46. Audiey Kao, «History of Oral Contraception», *op. cit.*, pp. 55-56.

47. RA Edgren, «Oral Contraception: A Review», en *International Journal of Fertility and Sterility*, vol. 36, núm. S3 (1991), pp. 16-25, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1687400/>; M. de Bastos, BH Stegeman, FR Rosendaal *et al.*, «Combined Oral Contraceptives: Venous Thrombosis», en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 3 (2014), p. CD010813, <doi:10.1002/14651858.CD010813.pub2>.

48. Barbara Seaman, *The Doctor's Case Against the Pill*, edición aniversario, Alameda, California, Hunter House, 1995; Caitlin Carlton, Matthew Banks y Sophia Sundararajan, «Oral Contraceptives and Ischemic Stroke Risk», en *Stroke*, vol. 49, núm. 4 (abril de 2018), pp. e157-159, <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.020084>; Rachel E.J. Roach *et al.*, «Combined Oral Contraceptives: The Risk of Myocardial Infarction and Ischemic Stroke», en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 8 (27 de agosto de 2015), p. CD011054, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011054.pub2>.

49. Robert A. Wilson y Thelma A. Wilson, «The Fate of the Nontreated Postmenopausal Woman: A Plea for the Maintenance of Adequate Estrogen from Puberty to the Grave», en *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 11, núm. 4 (1963), pp. 347-362, <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1963.tb00068.x>.

50. Robert A. M. D. Wilson, *Feminine Forever*, 2ª ed., Nueva York, Pocket Books, 1968, p. 93. [Hay trad. cast.: *Siempre femenina*, México, Editorial Diana, 1974.]

51. Ibíd.

52. Ibíd., p. 93.

53. Ibíd.

54. Edward John Tilt, *The Change of Life in Health and Disease : A Practical Treatise on the Nervous and Other Affections Incidental to Women at the Decline of Life*, Londres, John Churchill and Sons, 1870, p. 196, <https://wellcomecollection.org/works/nuavzmee>.

55. Ibíd., p. 196.

56. Ibíd., p. 10.

57. Wilson y Wilson, «The Fate of the Nontreated Postmenopausal Woman», *op. cit*.

58. Wilson, *Feminine Forever*, *op. cit*., p. 17.

59. Ibíd., p. 35.

60. Ibíd., p. 12.

61. Wilson y Wilson, «The Fate of the Nontreated Postmenopausal Woman», *op. cit*., pp. 352-353.

62. Wilson, *Feminine Forever*, *op. cit.*, p. 64.

63. Ibíd., p. 94.

64. Ibíd.

65. Entrevista de la autora a la doctora JoAnn Manson, 10 de febrero de 2023.

66. S. Furness, H. Roberts, J. Marjoribanks y A. Lethaby, «Hormone therapy in postmenopausal women and risk of endometrial hyperplasia», en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 8 (2012), p. CD000402; EJ Crosbie, M. Zwahlen, HC Kitchener, M. Egger y AG Renehan, «Body mass index, hormone replacement therapy, and endometrial cancer risk: a meta-analysis», en *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 19, núm. 12 (2010), pp. 3119-3130.

67. «Women's Health Initiative: Changing the Future of Women's Health», en Women's Health Initiative, <https://www.whi.org/> [consultado el 30 de junio de 2023]; «Women's Health Initiative», en NIH: National Heart, Lung and Blood Institute, 1991, <https://www.nhlbi.nih.gov/science/womens-health-initiative-whi>.

68. Jacques Rossouw, «Release of the Results of the Estrogen Plus Progestin Trial of the Women's Health Initiative: Findings and Implications», rueda de prensa National Heart, Lung and Blood Institute, 9 de julio de 2002, <https://sp.whi.org/participants/findings/Pages/ht_eplusp_rossouw.aspx>.

69. Ibíd.

70. Susan Dominus, «Women Have Been Misled About Menopause», en *The New York Times*, 1 de febrero de 2023, sección Magazine, <https://www.nytimes.com/2023/02/01/magazine/menopause-hot-flashes-hormone-therapy.html>.

71. JoAnn E. Manson y Andrew M. Kaunitz, «Menopause Management—Getting Clinical Care Back on Track», en *New England Journal of Medicine*, 3 de marzo de 2016, pp. 803-806.

72. Entrevista de la autora a la doctora JoAnn E. Manson, 10 de febrero de 2023.

73. Manson y Kaunitz, «Menopause Management», *op. cit*.

74. Tal y como aparece citado en Mel Robbins, «Hillary Clinton and the Clueless Hormone Argument», en CNN, 21 de abril de 2015, <https://www.cnn.com/2015/04/20/opinions/robbins-hillary-clinton/index.html>.

75. Berman, «Text of Dr. Berman's Letter to Rep. Mink», *op. cit*.

76. Julie Holland, «Hillary Clinton is the Perfect Age to be President», en *Time*, 3 de abril de 2015, <https://time.com/3763552/hillary-clintonage-president/>.

77. Ibíd.

78. Emma Cueto, «Are Your Hormones Dictating Your Politics?», en *Bustle*, 21 de mayo de 2015, <https://www.bustle.com/articles/85046womens-political-views-arent-affected-by-our-periods-new-study-proclaims>.

79. Rebecca M. Jordan-Young, *Brainstorm: The Flaws in the Science of Sex Differences*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 2011.

80. Clare McCormack, Bridget L. Callaghan y Jodi L. Pawluski, «It's Time to Rebrand 'Mommy Brain'», en *JAMA Neurology*, vol. 80, núm. 4 (1 de abril de 2023), pp. 335-336, <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.5180>.

81. «General Information/Press Room», en American Thyroid Association, <https://www.thyroid.org/media-main/press-room/> [consultado el 1 de julio de 2023].

82. Dylan Mulvaney, «Day 1 of Being a Girl», en TikTok, 12 de marzo de 2022, <https://www.tiktok.com/@dylanmulvaney/video/7074309597984623918?lang=en>.

83. Lisa Selin Davis, «The Beginning of the End of 'Gender-Affirming Care'?», en The Free Press, 30 de julio de 2022, <https://www.thefp.com/p/the-beginning-of-

the-end-of-gender>.

84. Ibíd.

85. Entrevista de la autora a la doctora Kara Long Roche, 1 de marzo de 2023.

86. MC King, «'The Race' to Clone BRCA1», en *Science*, vol. 343, núm. 6178 (2014), pp. 1462-1465, <doi:10.1126/science.1251900>.

87. Entrevista de la autora a la doctora Kara Long Roche, 1 de marzo de 2023.

88. Entrevista de la autora a la doctora Kara Long Roche, 1 de marzo de 2023.

89. Entrevista de la autora a la doctora Kara Long Roche, 1 de marzo de 2023.

90. «Dealing with the Symptoms of Menopause», en *Harvard Health Publishing*, 9 de junio de 2009, <https://www.health.harvard.edu/womenshealth/dealing-with-the-symptoms-of-menopause>.

11. Sexo: Sistema reproductor

1. Hipócrates, *Places in Man*, trad. al inglés de Elizabeth M. Craik, 1ª ed., Oxford, Reino Unido, Clarendon Press, 1998; Gilman *et al*., *Hysteria Beyond Freud*, *op. cit*., p. 13.

2. Aristotle, *Generation of Animals*, trad. al inglés de A. L. Peck, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1979, <https://ccl.on.worldcat.org/oclc/855672780>. Tal y como aparece citado en Alex Coleman, «Why Are We So Uncomfortable? The Confusing Taboo of Menstruation in Ancient Rome and Modern America», en The Claremont Colleges Library, <https://pressbooks.claremont.edu/clas112pomonavalentine/chapter/why-are-we-so-uncomfortable-the-confusing-taboo-of-menstruationin-ancient-rome-and-modern-america/> [consultado el 14 de julio de 2023].

3. Tal y como aparece citado en Laqueur, *Making Sex*, *op. cit.*, p. 28.

4. Allison Draper, «The History of the Term Pudendum: Opening the Discussion on Anatomical Sex Inequality», en *Clinical Anatomy*, vol. 34, núm. 2 (marzo de 2021), pp. 315-319, <https://doi.org/10.1002/ca.23659>.

5. «Introduction -The Malleus Maleficarum», en *The Malleus Maleficarum of Heinrich Kramer & James Sprenger* (blog), 6 de febrero de 2014, <http://www.malleusmaleficarum.org/>.

6. Matteo Realdo Colombo, *De Re Anatomica*, 1559; véase también R. Shane Tubbs, Sanjay Linganna y Marios Loukas, «Matteo Realdo Colombo (c. 1516-1559): The Anatomist and Surgeon», en *The American Surgeon*, vol. 74, núm. 1 (enero de 2008), pp. 84-86.

7. Gabriele Falloppio, *Gabrielis Falloppii Mutinensis Observationes anatomicae: in quinque libros digestae certisq[ue] capitibus distinctae, & illustratae*, Helmstadt, Excudebat Iacobus Lucius, 1588. Tal y como aparece citado en Mark D. Stringer e Ines Becker, «Colombo and the Clitoris», en *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 151, núm. 2 (agosto de 2010), pp. 130-133, <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.04.007>.

8. Tal y como aparece citado en Helen E. O'Connell, Kalavampara V. Sanjeevan y John M. Hutson, «Anatomy of the Clitoris», en *The Journal of Urology*, vol. 174, núm. 4 (2005), pp. 1189-1195, <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000173639.38898.cd>.

9. Regnier de Graaf, *De Mulierum Organis Generationi Inservientibus*, Nieuwkoop, Holanda, Nieuwkoop & B. de Graaf, 1672. Tal y como aparece citado en Helen E. O'Connell, Kalavampara V. Sanjeevan y John M. Hutson, «Anatomy Of The Clitoris», en *The Journal of Urology*, vol. 174, núm. 4 (2005), pp. 1189-1195, <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000173639.38898.cd>.

10. Georg Ludwig Kobelt, *Die Männlichen und weiblichen Wollustorgane des Menschen und einiger Säugethiere in Anatomisch-physiologischer Beziehung*, Freiburg, Alemania, A Emmerling, 1844; véase también O'Connell *et al.*, «Anatomy of the Clitoris», *op. cit.*, pp. 1189-1195.

11. Ibíd.

12. Jennifer A. Hayes y Meredith J. Temple-Smith, «New Context, New Content—Rethinking Genital Anatomy in Textbooks», en *Anatomical Sciences Education*, vol. 15, núm. 5 (2022), pp. 943-956, <https://doi.org/10.1002/ase.2173>.

13. Kapil Sugand, Peter Abrahams y Ashish Khurana, «The Anatomy of Anatomy: A Review for Its Modernization», en *Anatomical Sciences Education*, vol. 3, núm. 2 (2010), pp. 83-93, <https://doi.org/10.1002/ase.139>.

14. John Wiltbank, *The Introductory Lecture to the Course of Midwifery in the Medical Department of Pennsylvania College, for the Session of 1853-4*, Filadelfia, Edward Grattan, 1854, <http://archive.org/details/gpm0006>.

15. Para más información sobre la historia de las parteras en Estados Unidos, así como de la evolución de la ginecología como campo, véase Deborah Kuhn McGregor, *From Midwives to Medicine: The Birth of American Gynecology*, 1ª ed., New Brunswick, Nueva Jersey, Rutgers University Press, 1998; véase también Deirdre Cooper Owens, *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*, Athens, Georgia, University of Georgia Press, 2017, <https://www.perlego.com/book/839248/medical-bondage-race-gender-and-the-origins-of-american-gynecologypdf>.

16. Richa Venkatraman, «Horatio Robinson Storer (1830-1922)», en The Embryo Project Encyclopedia, 21 de septiembre de 2020, <https://embryo.asu.edu/pages/horatio-robinson-storer-1830-1922>.

17. H. B. Storer, «Transactions of the Gynaecological Society of Boston», en *The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, vol. 1 (22 de enero de 1869), p. 422.

18. Robert Tuttle Morris, *Fifty Years a Surgeon*, Nueva York, E.P. Dutton & Company, Incorporated, 1935; Robert Tuttle Morris, «The Ovarian Graft», en *New York Medical Journal*, vol. 62 (1895), p. 436.

19. Hans H. Simmer, «ROBERT TUTTLE MORRIS (1857-1945): A PIONEER IN OVARIAN TRANSPLANTS», en *Obstetrics & Gynecology*, vol. 35, núm. 2 (febrero

de 1970), p. 314.

20. «Collection: Robert Latou Dickinson Papers», en HOLLIS for Archival Discovery, <https://hollisarchives.lib.harvard.edu/repositories/14/resources/6533> [consultado el 14 de julio de 2023].

21. Robert L. Dickinson y Lura Beam, *The Single Woman: A Medical Study in Sex Education*, Londres, Williams & Nortgate, 1934, pp. 17-18.

22. Robert Tuttle Morris, *Is Evolution Trying to Do Away with the Clitoris?*, Nuevo York, William Wood & Company, Publishers, 1892, <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101692466-bk>.

23. Tal y como se relata en Frederick N. Dyer, *Champion of Women and the Unborn: Horatio Robinson Storer, M.D.*, Canton, Massachusetts, Science History Publications/USA, 1999, que cita como fuente a: Diario de Hermann Jackson Warner ubicado en la Massachusetts Historical Society. Hermann Jackson Warner, Diary. v12 (22 de enero de 1851-4 de julio de 1851), 15 de marzo de 1851.

24. Dyer, *Champion of Women and the Unborn: Horatio Robinson Storer, M.D.*, *op. cit.*, p. 365.

25. American Medical Association, «Report on Insanity in Women», en *The Transactions of the American Medical Association*, Filadelfia: American Medical Association, 1866, p. 140.

26. Horatio B. Storer, «Cases of Nymphomania», en *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. 32 (21 julio de 1856), pp. 384-387.

27. Ibíd.

28. Ibíd.

29. Ibíd.

30. Para más información sobre la historia de la ninfomanía, véase Carol Groneman, *Nymphomania: A History*, Nueva York, W. W. Norton & Company, 2001. [Hay trad. cast.: *Una historia de la ninfomanía*, trad. de Natalia Labzóvskaya, México, Océano de México, 2009.]

31. J. B. Fleming, «Clitoridectomy – the Disastrous Downfall of Isaac Baker Brown, F.R.C.S. (1867)», en *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, vol. 67, núm. 6 (diciembre 1960), pp. 1017-1034.

32. Ibíd.

33. Morris, *Is Evolution Trying to Do Away with the Clitoris?*, *op. cit*.

34. Horatio Robinson Storer, *The Causation, Course, and Treatment of Reflex Insanity in Women*, Boston, Lee and Shepard; Nueva York, Lee, Shepard and Dillingham, 1871.

35. Ryan Johnson, «A Movement for Change: Horatio Robinson Storer and Physicians' Crusade Against Abortion», en *James Madison Undergraduate Research Journal*, vol. 4, núm. 1 (2017), pp. 13-23, <http://commons.lib.jmu.edu/jmurj/vol4/iss1/2>.

36. Jesse F. Frisbie, «An Address», en *Journal of the American Medical Association*, vol. XXVI, núm. 11 (14 de marzo de 1896), pp. 499-500, <https://doi.org/10.1001/jama.1896.02430630001001>; véase también Gynaecological Society of Boston, *The Journal of the Gynaecological Society of Boston: A Monthly Journal Devoted to the Advancement of the Knowledge of the Diseases of Women; 1, (1869)*, Boston, Legare Street Press, 2021, <https://bookshop.org/p/books/the-journal-of-the-gynaecological-society-of-boston-amonthly-journal-devoted-to-the-advancement-of-the-knowledge-of-the-diseases-of-women-1-1869-gyna/17706507>.

37. Theophilus Parvin, «Nymphomania and Masturbation», en *The Medical Age*, vol. 4, Detroit, Ovid Technologies [Wolters Kluwer Health], 1886, p. 51, <http://archive.org/details/paper-doi-10_1097_00005053-188604000-00032>.

38. Robert Latou Dickinson y Lura Beam, «Chapter IV: Anatomical Evidence of Sex Experience», en *A Thousand Marriages; a Medical Study of Sex Adjustment*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1931, pp. 50-54, <https://catalog.hathitrust.org/Record/001580627>.

39. Robert Latou Dickinson y Abram Belskie, «Dickinson-Belskie Framed Model of Forms of Adult Vulvas, 1945», en Center for the History of Medicine at Countway Library, Onview: Digital Collections & Exhibits, 1945, <https://collections.countway.harvard.edu/onview/items/show/14568>.

40. Dickinson y Beam, *The Single Woman*, *op. cit.*, p. 17.

41. Ibíd.

42. Frank Samuel Caprio, *The Sexually Adequate Female*, Nueva York, Citadel Press, 1961, p. 64, <https://catalog.hathitrust.org/Record/005114663>.

43. Samuel R. Donnenfeld, Alexander V. Stanfield y Jessica Hammett, «The Anatomy of Female Sexual Arousal: Princess Marie Bonaparte, the Halban-Narjani Procedure, and the Art of Constantin Brancusi», en *Urology*, vol. 166 (1 de agosto de 2022), pp. 18-21, <https://doi.org/10.1016/j.urology.2022.04.030>.

44. Parvin, «Nymphomania and Masturbation», *op. cit.*, p. 50.

45. Ibíd., p. 51.

46. Theophilus Parvin, Presidential Address Before the American Medical Association (Kessinger's Legacy Reprints, 1879).

47. Samara Freemark y Lila Cherneff, «Prison History Assignment Yields Surprise, Passion for Research», en APM reports, 8 de septiembre de 2016, <https://www.apmreports.org/story/2016/09/08/indiana-womens-prison-history-assignment>; The Indiana Women's Prison History Project *et al.*, *Who Would Believe a Prisoner?: Indiana Women's Carceral Institutions, 1848-1920*, Nueva York, New Press, 2023; Rebecca Onion, «The Pen», en *Slate*, 22 de marzo de 2015, <https://slate.com/news-and-politics/2015/03/indiana-womens-prison-a-revisionist-history.html>.

48. The Indiana Women's Prison History Project *et al.*, *Who Would Believe a Prisoner?*, *op. cit.*; Rebecca Onion, «The Pen», *op. cit*.

49. Véase el testimonio de la reclusa en Mary Schweitzer, «Reformatory Investigation: The Edwins' Committee Holds Its First Meeting for Inquiry into the Truth of Charges», en *Indianapolis News*, 25 de enero de 1881.

50. Indiana Historical Bureau, «1907 Indiana Eugenics Law», en IHB, 7 de diciembre de 2020, <https://www.in.gov/history/state-historical-markers/find-a-marker/1907-indiana-eugenics-law/>; «Laws of Indiana» Pub. L. No. B050823, 377 (1907); Allison C. Carey, «Gender and Compulsory Sterilization Programs in America: 1907-1950», en *Journal of Historical Sociology*, vol. 11, núm. 1 (1998), pp. 74-105, <https://doi.org/10.1111/14676443.00054>.

51. Sandra G. Boodman *et al.*, «Over 7,500 Sterilized By Virginia», en *The Washington Post*, 23 de febrero de 1980, <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1980/02/23/over-7500-sterilized-by-virginia/8002199e-709c-4e18-8b54-3b44c130828f/>.

52. Ibíd.

53. Corey G. Johnson, «Female Inmates Sterilized in California Prisons without Approval», en Reveal, 7 de julio de 2013, <http://revealnews.org/article/female-inmates-sterilized-in-california-prisons-without-approval/>.

54. California State Auditor, «Sterilization of Female Inmates: Some Inmates Were Sterilized Unlawfully, and Safeguards Designed to Limit Occurrences of the Procedure Failed» (California, junio de 2014).

55. Jane Lawrence, «The Indian Health Service and the Sterilization of Native American Women», en *American Indian Quarterly*, vol. 24, núm. 3 (2000), p. 410.

56. Egerton Y. Davis, «Vaginismus», en *Philadelphia Medical News*, 13 de diciembre de 1884, p. 673.

57. J. Marion Sims, *Clinical Notes on Uterine Surgery: With Special Reference to the Management of the Sterile Condition*, Nueva York, William Wood & Co., 1866,

p. 334, <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-67130200R-bk>.

58. Peter Cryle, «Vaginismus: A Franco-American Story», en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 67, núm. 1 (1 de enero de 2012), pp. 71-93, <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrq079>.

59. Sims, *Clinical Notes on Uterine Surgery*, *op. cit.*, p. 334.

60. Ibíd., p. 334.

61. Ibíd., p. 335.

62. J. Marion Sims, «ON VAGINISMUS», en *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 1 (1862), p. 428.

63. J. Marion Sims, «ON VAGINISMUS», *op. cit*.

64. Theophilus Parvin, «An Uncommon Form of Vaginismus», en *Philadelphia Medical News*, 29 de noviembre de 1884, pp. 602-603.

65. Davis, «Vaginismus», *op. cit*.

66. Ibíd.

67. En el *DSM-5* el vaginismo aparece ahora con el nombre de «trastorno de dolor génito-pélvico/penetración». Samara Perez y Yitzchak M. Binik, PhD, «Vaginismus: 'Gone' But Not Forgotten», en *Psychiatric Times*, vol. 33, núm. 7, (29 de julio de 2016): <https://www.psychiatrictimes.com/view/vaginismus-gone-not-forgotten>.

68. Gladwin Hill, «Social Ill Is Laid to Endometriosis: Women's Ailment Restricting Propagation of Intelligent Class, Says Dr. J. V. Meigs», en *The New York Times*, 21 de octubre de 1948.

69. Camran Nezhat, Farr Nezhat y Ceana Nezhat, «Endometriosis: Ancient Disease, Ancient Treatments», en *Fertility and Sterility*, vol. 98, núm. 6 (diciembre de 2012), pp. S1-S62, <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.08.001>.

70. «What Is Endometriosis?», en Endometriosis Foundation of America, 21 de octubre de 2021, <https://www.endofound.org/endometriosis>; Kate Seear, «The Etiquette of Endometriosis: Stigmatisation, Menstrual Concealment and the Diagnostic Delay», en *Social Science & Medicine*, vol. 69, núm. 8 (octubre de 2009), pp. 1220-1227, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.023>.

71. Staci Binder, «Endometriosis: The 'Career Woman's Disease'», en *Total Health*, vol. 13, núm. 2 (1 de abril de 1991), pp. 37-40; Kate Seear, «'Standing up to the Beast': Contradictory Notions of Control, Un/Certainty and Risk in the Endometriosis Self-Help Literature», en *Critical Public Health*, vol. 19 (marzo de 2009), pp. 45-58.

72. Alanna Weissman, «How Doctors Fail Women Who Don't Want Children», en *The New York Times*, 1 de diciembre de 2017, sección Opinion, <https://www.nytimes.com/2017/11/30/sunday-review/women-sterilization-children-doctors.html>.

73. «Key Statistics for Ovarian Cancer», en American Cancer Society, 2023, <https://www.cancer.org/cancer/types/ovarian-cancer/about/key-statistics.html>.

74. Barbara A. Goff, «Ovarian Cancer Is Not So Silent», en *Obstetrics & Gynecology*, vol. 139, núm. 2 (febrero de 2022), p. 155, <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004664>.

75. Entrevista de la autora a la doctora Lyndsey Harper, 12 de mayo de 2023.

76. Ibíd.

77. Ibíd.

78. Maya Salam, «Sex Sells, but When It Comes to Female Pleasure, the New York Subway Isn't So Sure», en *The New York Times*, 25 de junio de 2019, sección Business, <https://www.nytimes.com/2019/06/25/business/dame-sex-toy-mta-subway-ads.html>.

Conclusión

1. R. Su, J. Rounds y P. I. Armstrong, «Men and things, women and people: A meta-analysis of sex differences in interests», en *Psychological Bulletin*, vol. 135, núm. 6 (2009), pp. 859-884, <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0017364>.

No seas exagerada
Elizabeth Comen

La lectura abre horizontes, iguala oportunidades y construye una sociedad mejor. La propiedad intelectual es clave en la creación de contenidos culturales porque sostiene el ecosistema de quienes escriben y de nuestras librerías. Al comprar este ebook estarás contribuyendo a mantener dicho ecosistema vivo y en crecimiento.
En **Grupo Planeta** agradecemos que nos ayudes a apoyar así la autonomía creativa de autoras y autores para que puedan seguir desempeñando su labor. Dirígete a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesitas reproducir algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04.
Queda expresamente prohibida la utilización o reproducción de este libro o de cualquiera de sus partes con el propósito de entrenar o alimentar sistemas o tecnologías de inteligencia artificial.

Título original: *All in Her Head: The Truth and Lies Early Medicine Taught Us About Women's Bodies and Why It Matters Today*

© Elizabeth Comen, M. D., 2024

© por la traducción, Noelia González Barrancos, 2025
Corrección de estilo a cargo de Ester Jiménez

Diseño de la cubierta: Joanne O'Neill
Ilustración de la cubierta: © CSA Images / Getty Images; © Vectoressa / Shutterstock
Fotografía de la autora: © Deborah Feingold Photography

© Editorial Planeta, S. A., 2025
temas de hoy, un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

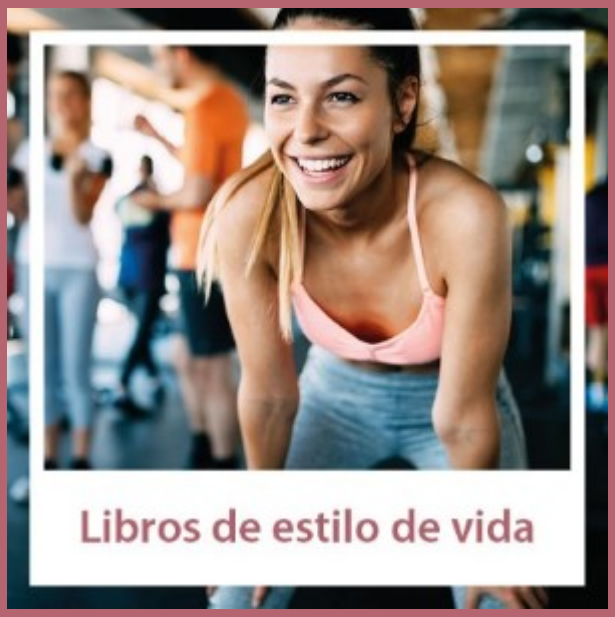
Avda. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)
www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): enero de 2025

ISBN: 978-84-10293-44-1 (epub)

Conversión a libro electrónico: Acatia
www.acatia.es

¡Encuentra aquí tu próxima lectura!



¡Síguenos en redes sociales!