

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DISCURSOS MÉDICO-CIENTÍFICO Y RELIGIOSO¹ SOBRE LA MUJER, LA REPRODUCCIÓN Y LA SEXUALIDAD²

Mari Luz ESTEBAN³
Universidad de León

ABSTRACT:

This article presents an overview of the evolution of the dominant conceptualizations of women, the female body, reproduction and sexuality as generated by the Medical-Scientific System and the Christian-Catholic Church, bringing a gendered perspective to the analysis. It also includes a look at what specialists (gynaecologists) believe and the influence they have on women.

PALABRAS CLAVE:

Discurso médico-científico, discurso religioso (cristiano-católico), mujer, cuerpo femenino, reproducción, sexualidad, especialistas.

1.- Introducción

El desarrollo de la Ciencia en la cultura occidental a lo largo de la Historia no ha sido homogéneo. Desde los tiempos de Grecia hasta la actualidad se han sucedido distintas formas de entender el quehacer y las funciones de lo científico. Así por ejemplo, la Edad Media supuso un cambio importante puesto que a partir de ahí se dio una transformación de los planteamientos generales científicos, construyéndose un nuevo paradigma, que es el que se ha mantenido vigente hasta la actualidad. Por otra parte, mientras que desde el auge del cristianismo hasta la Edad Media, Ciencia e Iglesia habían funcionado paralelamente y coincidido en cuanto a contenidos y representantes, a partir de esta época, y por cambios en las

¹Cuando hablamos de discurso religioso nos referimos sobre todo al discurso oficial generado desde la Iglesia Cristiana-Católica, dada la preponderancia de esta religión sobre las demás en el Estado Español.

²El contenido de este artículo es una versión ligeramente modificada del capítulo VI de la Tesis Doctoral de su autora. El título de la misma es *Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual. Necesidades de salud percibidas por las mujeres y respuesta del Sistema Sanitario* (Esteban, 1993), siendo su directora Teresa del Valle, Catedrática de Antropología Social de la UPV-EHU. El trabajo de campo fue realizado en Bilbao-Bizkaia.

Dicho trabajo de investigación ha sido subvencionado por Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y el Seminario de Estudios de la Mujer-EBIM de la UPV-EHU.

³Profesora de Antropología Social de la Universidad de León.

estructuras de poder, el estamento científico se fue estructurando alrededor de nuevos principios, como los definidos por Galileo y Copérnico. Los nuevos planteamientos fueron consolidándose en los siglos XVII y XVIII, y entre los que más destacaron de esta época figuran los de Newton, y sobre todo los de Descartes y su discurso de la razón. Este último aporta al ejercicio científico varias de las ideas que aún hoy siguen siendo claves, como son las dualidades mente-materia y observador-observado, el énfasis en el análisis racional por encima de todas las demás formas de conocimiento y el método inductivo-deductivo (Capra, 1985; Racionero & Medina, 1990). Esta posición teórica cartesiana conllevó una desvinculación de ciencia y de religión y una laicización de la primera.

En la actualidad los científicos gozan de mucho prestigio social. La actividad científica se presenta y se acepta como algo racional y calculado por definición, pero exclusivamente en función de la consecución de la verdad. Está rodeada de una imagen de desinterés y objetividad que son las que le imprimen la fuerza moral con la que cuenta, y no se le supone ningún interés específico con respecto a ninguna clase ni grupo social (Ehrenreich & English, 1990:95). Sin embargo, cada vez más sectores de la sociedad coinciden en afirmar que la función social de las/os científicas/os no es el descubrimiento de la Verdad sobre el universo. Se parte de la premisa de que no existe una única verdad objetivable y exterior a la experiencia del ser humano, y que dependiendo del origen y del punto de vista de las investigaciones se puede llegar a unos y otros resultados. Desde este nuevo y revolucionario planteamiento, la labor de los científicos sería sobre todo la de ofrecer diferentes interpretaciones y aproximaciones a la realidad, que estarían en todo momento indisolublemente unidas y adecuadas a la metodología desarrollada y a los esquemas de pensamiento al uso. En este hilo argumental, muchos autores señalan que los paradigmas científicos de las distintas épocas y sociedades no son mejores ni peores unos respecto a los otros, y que incluso sería necesario encontrar combinaciones de algunos de ellos. Puede suceder y de hecho ha sucedido, que llegue el momento en que un paradigma no sirva para explicar determinados fenómenos, como ha ocurrido por ejemplo con la Física Cuántica en este siglo, y consecuentemente se haga necesaria una revisión y una modificación del mismo paradigma.

No cabe duda de que en nuestra cultura occidental, el conjunto de los científicos y de los llamados expertos tienen un poder incuestionable en la generación de los discursos predominantes sobre todos los fenómenos de la vida. En cuanto a este artículo focalizaremos nuestro análisis en los investigadores y profesionales de la Medicina, y más en concreto, en los especialistas en Ginecología y Obstetricia, que son los que principalmente regulan y mantienen los conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo de las mujeres (Ehrenreich & English, 1990). Son ellos los que además influyen directamente sobre las mujeres, en sus vivencias y experiencias, aunque sin olvidar que las conceptualizaciones sociales se reflejan también, de manera más o menos directa o solapada, en muchos otros aspectos de la vida que

no tienen que ver directamente con el espectro médico-científico, como pueden ser la justicia, la educación, los medios de comunicación, la publicidad (del Valle, 1991:42).

El protagonismo desmesurado en cuanto al papel conceptualizador y, por consiguiente, la consideración pública hacia determinados sectores sociales, como los investigadores médicos, ha sido considerado por algunas/os como arriesgado para la experiencia del conjunto de la población y en concreto de las mujeres: no sólo porque impide la autonomía individual sobre los aconteceres cotidianos y favorece la dependencia, sino porque da lugar a dos tipos jerarquizados de conocimientos, «el conocimiento técnico y el conocimiento de las mujeres, lo cual es expresión de dos registros: el científico-técnico y el imaginario femenino» (Burín, 1987:329).

Las interpretaciones científicas de las funciones corporales del hombre y de la mujer han ido variando a lo largo de la historia. Muchas son las/os autoras/es que se han dedicado al estudio de los contenidos teóricos y prácticos sobre el cuerpo. Algunas han indagado en la evolución histórica del discurso, en un intento de buscar las conexiones entre ciencia y cultura (Knibiehler & Fouquet, 1983; Sau, 1985; Martin, 1987). Otras/os han preferido partir del análisis de la influencia del llamado sistema de expertos (ginecólogos y obstetras sobre todo) sobre la vida de las mujeres, y en el papel que dichos expertos juegan en la interpretación del cuerpo y en el mantenimiento y cambio de dichas interpretaciones (Ehrenreich & English, 1984,1990; de Miguel, 1979; de Miguel & Domínguez Alcón). Carmen Sáez Buenaventura va más allá de la generación de los discursos, aludiendo al proceso por el cual el conocimiento científico pasa a ser «político», cuando es asumido por la mayoría de la población. Apunta que aunque las personas somos herederas del pensamiento, creencias y mitos de etapas precedentes, gran parte de los mismos coexisten con nuevas teorías y supuestos. Se apoya en una cita de Polanyi, donde éste argumenta que el conocimiento final se convierte en político cuando se determina lo que «es verdad» a partir del estado de opinión de la mayoría de las personas (1986:46-59).

En la práctica existe una dificultad importante para poder comprobar cómo y de qué forma en todas las sociedades, las ideas actuales sobre el cuerpo y su funcionamiento están influidas por las diferentes culturas. Para el estudio de la sociedad occidental⁴, utilizaremos la propuesta que hace Emily Martin, cuando estudia la evolución en el tiempo de las conceptualizaciones e ideas, llegando de este modo a la situación actual.

2.- Análisis histórico

Desde la época del florecimiento griego hasta el s. XVIII se mantuvo la idea de que el cuerpo del hombre y de la mujer eran similares estruc-

⁴Dejamos de lado, por tanto, otras civilizaciones y culturas que han tenido y tienen también contenidos importantes y significativos respecto a la salud y el cuerpo.

turalmente. La únicas diferencias que se establecían eran, por una parte, la situación de algunos órganos, puesto que los genitales del hombre estaban situados fuera del cuerpo, mientras que los de la mujer se situaban en el interior del organismo; y por otra, se definía como característica primordial y muy valorada del cuerpo humano la posesión de calor. Se creía que los humanos poseían más calor que los animales y dentro de los humanos, el hombre más que la mujer. Por tanto, en base a esto se establecía de partida una jerarquización entre el hombre y la mujer (Martin, 1987:30). Sirva como ejemplo, la teoría de Aristóteles de que la naturaleza siempre pretendía hacer un varón, pero que el embrión daba lugar a una niña cuando había sido mal alimentado en el útero o había habido un fallo en el proceso de gestación (Sau, 1985:36). Sin embargo, en este siglo se ha deshechado totalmente esta idea, generándose diferentes teorías: en una época se afirmó que en la diferenciación sexual del embrión se necesita una inducción hormonal activa para la masculinización del embrión; es decir, la hembra sería así el sexo básico, mientras que el macho sería el sexo inducido (Sullerot, 1979). Sin embargo en la actualidad, algunas autoras trabajan desde la hipótesis de que existe un doble proceso, de masculinización y de feminización, pero que este último está apenas sin investigar (Peyre & Wiels & Fonton, 1991).

Victoria Sau apunta también la importancia que en algunas civilizaciones de la antigüedad tuvo la teoría de los cuatro humores en la jerarquización diferenciada del cuerpo del hombre y de la mujer. Según esta teoría, la salud estaba basada en el equilibrio entre los cuatro humores, la bilis, el agua, la sangre y la flema. La mujer se describía como más húmeda que el hombre. Un exceso de fluidos suponía una amenaza para el organismo y era necesario dar salida a los mismos. La regla, los embarazos y partos y las relaciones sexuales eran oportunidades que la mujer tenía para desprenderse de esos fluidos que le sobraban.

En los tiempos antiguos, el cuerpo era visto metafóricamente como un sistema de interacciones dinámicas con el entorno. De esta manera, la salud o la enfermedad resultaban de la interacción acumulativa entre el entorno y el interior constitucional. Cada parte del cuerpo estaba inevitable e inextricablemente relacionada con cada una de las demás, y el cuerpo era algo que tenía que permanecer en equilibrio, si el individuo quería conservar su salud (Martin, 1987:30). En consecuencia con esta idea, en el siglo XIX, se pensaba que la sangre no expulsada en la menopausia se reconvertía en grasa, y que los sofocos asociados a ella se debían también a esa sangre que no podía salir al exterior. Paracelso contribuyó también con sus aportaciones a que se entendiera la regla como una forma de expulsar impurezas, debida a un exceso de sangre.

Todo este esquema se viene abajo a partir de 1800, cuando está en pleno apogeo el discurso de la razón de Descartes. En esta época se empiezan a descubrir las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, y se comienza a definir a la mujer como un ser humano más débil y enfermo en

relación al hombre. En 1827, Erns von Bär descubre el óvulo al abrir un folículo de de Graaf, y de esta manera no queda más remedio que atribuir a la mujer un papel en la concepción, superándose definitivamente el esquema de Aristóteles, que creía que la mujer era un mero receptáculo de la semilla del hombre (Badinter, 1986:128,129). Pese a todo, hasta el siglo XX no se han relacionado ovulación y menstruación. En el s. XIX Darwin aporta su teoría de la evolución de las especies, que da una explicación al desarrollo de la sociedad. Desde la biología se comenzó a teorizar que el órgano por excelencia del hombre era el cerebro, mientras que la mujer se construía por completo alrededor de su útero. Esta teoría fue muy significativa puesto que permitía a su vez justificar los distintos roles sociales de los hombres y las mujeres en base a su constitución corporal. Hasta 1800, se entendía que los hombres y las mujeres ocupaban diferentes lugares debido al mayor grado de perfección del hombre por el calor que tenía su cuerpo. A partir de ese momento, se teoriza que el hecho de poseer un útero y las funciones asociadas a él, hacen que la mujer se sitúe en la esfera doméstica, mientras que el hombre desempeña tareas públicas. Rousseau afirmaba que la condición social femenina estaba marcada por su condición fisiológica, y que era esta última la que la vinculaba de manera especial a la naturaleza.

En la segunda mitad del s. XIX surgen nuevas conceptualizaciones sobre las funciones femeninas. Una de ellas se basó en el metabolismo corporal. Se pensaba que las mujeres tendían a gastar más energía que los hombres, y que estos últimos eran más ahorradores. Las mujeres eran, según este principio, fundamentalmente catabólicas, y en ellas predominaban los procesos destructivos, mientras que en los hombres eran predominantes los anabólicos, es decir, los constructivos (Martin, 1987:34). Esto tenía su paralelismo en la esfera pública, puesto que el esquema anterior se hacía corresponder con la creencia de que, en la vida social, las mujeres gastaban todo el dinero que los hombres ganaban y acumulaban. Según este punto de vista, todo lo que en la mujer no iba enfocado a la función reproductora, producía enfermedades (Ehrenreich & English, 1984), y por tanto la aparición esporádica de la menstruación se consideraba una anomalía⁵. A finales del siglo XIX, se añade pues a la regla un nuevo carácter; no sólo es considerada como representativa de la impureza, sino que ahora pasa también a ser considerada como signo de desorden. La regla era un proceso debilitante, y la menopausia era consecuencia de la degeneración y atrofia; sin embargo, la menopausia se interpretaba como una época de mayor

⁵Hay que tener en cuenta que hasta el siglo XX las mujeres han pasado la mayor parte de su vida fértil embarazadas o lactando; además la edad de la menopausia estaba situada en el siglo pasado alrededor de los 35 años y la esperanza de vida era mucho menor que la actual, todo lo cual provocaba que el número de reglas que tenía una mujer a lo largo de su vida era muy inferior al actual.

vigor, mientras que a principios del siglo XX, la menopausia se empieza a ver como una forma de conservar la naturaleza frente al gasto de energía, y como una fase económica, estable de la existencia (Martin, 1987:36).

Gates recopila varias de las metáforas predominantes en el siglo XX. Una de ellas es la concepción del cuerpo como un sistema de higiene y limpieza de una gran ciudad. Otra se corresponde con la idea de cuerpo como una gran central telefónica, y otra entiende el cuerpo como un sistema policial (citado en Martin, 1987:36-37). Sin embargo, la metáfora que fue constituyéndose como predominante, y la que más influencia va a tener hasta la actualidad en la visión del cuerpo de la mujer, es la consideración del cuerpo como una factoría industrial, donde se resalta mucho la idea del control central del sistema nervioso, y el flujo de información de unas zonas a otras (ibidem:37).

Sau resume de la siguiente manera el esquema de la sociedad occidental en los comienzos del s. XX: «Las mujeres se clasifican según su causa social: pobres y ricas. Las primeras no parecen sufrir a causa de su ciclo, pero se las considera peligrosas en tanto que portadoras transmisoras de enfermedades. Las acomodadas, en cambio, están enfermas a causa de su ciclo menstrual» (Sau, 1985:40). Señala también que esta visión de la mujer como un ser enfermo surge a partir del s. XVIII, hasta el cual había primado el concepto de mujer=pecado. Según Knibiehler y Fouquet, la patología de la mujer se convierte en los siglos XVIII y XIX en útero-céntrica. Sin embargo, la justificación de la mujer como un ser enfermo no ha sido igual desde entonces hasta ahora (1983). Emilce Dio Bleichmar apunta que mientras en un principio, el útero fue el órgano central en la responsabilidad de la debilidad de la mujer, a raíz del auge de la psiquiatría y de las teorías de Freud, se comenzó a responsabilizar también al cerebro, a partir, sobre todo, de la sistematización y el estudio del fenómeno de la histeria dentro del psicoanálisis (1985).

Siguiendo a Teresa del Valle, vemos que dentro de las distintas conceptualizaciones habidas sobre el cuerpo de la mujer a todo lo largo de la historia, se pueden distinguir dos tipos de modelos, el modelo jerárquico y el modelo de la diferenciación radical entre los sexos. Según el primer modelo, el cuerpo de la mujer era inferior al del hombre por las diferencias en cuanto a humores, calor, etc. Pero este modelo dio paso a otro que basado en la biología reproductiva resaltaba la oposición entre el cuerpo del hombre y el de la mujer. Según del Valle:

«En los mismos descubrimientos de la medicina se da un proceso de selección de lo que se acepta y lo que se rechaza, y en los criterios que los guían, incurren consideraciones fuera de lo científico, como es la visión de la mujer como un animal civilizado o como una mente que encabeza un cuerpo pasivo y nutritivo. Estos criterios ideológicos que influyen en las formas de reinterpretar el cuerpo, son consecuencia a su vez de nuevas formas de representar y de constituir las realidades sociales. Así

no fueron los avances científicos los que destruyeron el modelo jerárquico, sino que fueron las transformaciones políticas, económicas y culturales del siglo XVIII, las que crearon el contexto en el cual la articulación de las diferencias radicales entre los sexos, se erigieron como baluarte (1991:67).

3.- Conceptualizaciones actuales

La Ginecología, inseparablemente unida a la Obstetricia desde el siglo pasado, se modernizó y se estructuró de diferente manera a partir del descubrimiento de la anestesia y la asepsia en la práctica médica, constituyéndose como una disciplina principalmente quirúrgica (Danforth, 1986:18). A partir de esa época, dicha rama de la medicina ha monopolizado la mayoría de las teorizaciones sobre el cuerpo de la mujer y, consecuentemente, los profesionales de la misma han sido legitimados como los normativizadores principales en lo relativo a la especificidad de las mujeres, tanto en cuanto a su psique, como en cuanto a su sistema reproductor (Scully & Bart, 1973:1045).

De la misma manera que el paradigma mecanicista preponderante en la actualidad provoca que el mundo sea entendido como una gran máquina, el funcionamiento de los organismos vivos, y por tanto, de los seres humanos se estudia desde la misma idea de la máquina. Según esto se ha encontrado en el cuerpo humano un sistema ordenado de señal-respuesta, perfectamente jerarquizado, que se asimila a la organización de la sociedad en general (Martín, 1987:40). Esta metáfora del funcionamiento de la sociedad y del organismo, incide totalmente en cómo se percibe el sistema hormonal, sobre todo el femenino y, en general, todo el funcionamiento del ciclo menstrual de la mujer. Las hormonas servirían como transmisoras de las señales entre el sistema reproductor y el cerebro, que es el que controla y ordena todo lo demás. Un ejemplo de esto lo tenemos en el libro divulgativo *De ginecólogo a mujer*, del ginecólogo Juan Esteban-Altirriba, donde se define el cerebro como el órgano sexual por excelencia: «Todo el funcionamiento del sistema sexual está regido por los impulsos emanados de ese órgano de estructura superior que gobierna el organismo» (1987:11-12). Según este esquema, la menstruación y la menopausia serían fallos o declives del sistema señal-respuesta y de la «autoridad» del cerebro, y de ahí que, por ejemplo, la menopausia se entienda como algo patológico (Martín, 1987:51). Esta calificación de «sistema que no responde» se puede comprobar continuamente en los términos que se utilizan en la explicación/referenciación al ciclo menstrual: regresión, atrofia, fallo de las funciones, ovarios seniles y atróficos, declinamiento, disturbio, etc. son algunos de los términos referidos a la menopausia (Martín, 1987:51). Según lo dicho, los textos de medicina describen de una manera restringida la menstruación, considerándola como la consecuencia fallida de la acción de la progesterona y de los estrógenos sobre el útero en el intento de prepararlo para una fecundación y embarazo. Por tanto, se entiende el embarazo como la única

consecuencia lógica del funcionamiento de todo el sistema, y la menstruación, como el resultado de un sistema que falla, que fracasa, y también de un sistema «fuera de control», que produce cosas que no tienen ninguna utilidad (ibidem).

Resultan también muy interesantes las afirmaciones de Martin sobre el embarazo; ella afirma que el cuerpo de la mujer-máquina es dejado bajo el control del médico, que la mujer sería únicamente la «obrero» que produce el bebé, y que no podría funcionar sin la ayuda del médico. Así, el útero se entiende como un músculo involuntario que hace un trabajo mecánico, y la intervención médica debe favorecer la productividad. Aunque está ampliamente demostrado que algunas veces, en situación de stress o nerviosismo, las contracciones se paran, se piensa que la mujer debe permanecer pasiva durante la fase de dilatación, y esta idea de pasividad «justifica» la necesidad de realizar manipulaciones desde el exterior. Todo esto queda más que manifiesto en los libros de texto de Obstetricia, que nunca suelen tener en cuenta la influencia del ambiente en la mujer que está pariendo (Martin, 1987:54-67).

Martin señala que esta forma de actuación y conceptualización, provoca la interiorización por parte de la mujer de la negatividad como el sentimiento más predominante respecto al funcionamiento de su propio cuerpo. No sería igual en el caso del funcionamiento del cuerpo del hombre, donde fenómenos similares, como la eyaculación y espermatogénesis, se magnifican y positivizan, y son motivo de orgullo, valía y privilegio (Sau, 1980:318; Martin, 1987:48). Martin insiste en la necesidad de positivizar la percepción del funcionamiento corporal, y para ello propone la modificación del esquema, no tanto a nivel de la metáfora de la máquina, que dependería de factores culturales y científicos mucho más difíciles de abordar, sino incluso dentro de esa misma metáfora. Según ella, la menstruación podría comenzar a teorizarse como un producto, positivo en sí mismo, del funcionamiento del sistema y no como algo que fracasa y que no sirve (1987:52).

4.- El tratamiento médico-científico de la sexualidad

Hecho ya el resumen de las conceptualizaciones más significativas en cuanto a la reproducción y el cuerpo de la mujer en comparación al del hombre, pasaremos ahora a exponer de forma breve las ideas principales mantenidas en los últimos siglos en torno la sexualidad. La sexualidad es, de la misma manera que otros aspectos de la experiencia humana, una construcción socio-cultural, sujeta por tanto a los diferentes sistemas socio-económico-ideológicos, aunque en íntima conexión también con características individuales y personales. En la sociedad occidental, hasta el siglo XVIII, imperan las conceptualizaciones biologicistas de lo sexual. Según éstas, la sexualidad era un instinto que nace con el individuo; dado que los instintos son innatos biológicamente, se teorizaba que los objetivos y conductas sexuales eran comunes a toda la especie. La expresión «natural»

de la sexualidad humana estaría condicionada exclusivamente por la biología de los cuerpos, se basaría en el modelo reproductivo (coito, modelo genitalista, limitación a la edad fértil) y su finalidad sería la conservación de la especie (Barandika & de la Asunción & Sarasola, 1990:6). Posteriormente se abandonó la idea de instinto para explicar el deseo sexual y surgen nuevas teorías. El principal cambio lo aporta Sigmund Freud a finales del s. XIX, que sustituye lo innato por la idea de pulsión y supera el modelo biologicista para instaurar otro modelo basado en representaciones mentales. Freud aporta toda una teoría de la sexualidad, donde priman el inconsciente y la influencia de los conflictos infantiles, pero no consigue superar el esquema esencialista (ibidem:7). Es a partir del estudio y comparación de las conductas de diferentes sociedades y culturas por parte de las/os antropólogas/os cuando se comienza a replantear el carácter universal y esencialista de la sexualidad y se escribe sobre el peso que las instituciones sociales, económicas, religiosas, etc. tienen sobre el comportamiento sexual (ibidem).

Michel Foucault recoge en su análisis histórico de la sexualidad el cambio que supuso el siglo XVIII (1987). Según él, en ese siglo se pasa de un fenómeno denominado por él «dispositivo de la alianza», donde la base de partida era el vínculo jurídico entre dos personas en el matrimonio y la transmisión de la herencia, al «dispositivo de sexualidad» que sigue vigente en la actualidad, y donde se comienza a dar importancia a los placeres y sensaciones corporales. Este dispositivo trae consigo la normativización de la sexualidad, pero no en base a la represión, por lo menos explícita, ya que aunque se mantienen prohibiciones y silencios, la reglamentación se establece sobre todo en base a la generación de discursos sobre lo normal y lo anormal. Los discursos tenían y tienen como fin penetrar en todas las personas y controlar la población, normativizando estratégicamente las conductas a través de diferentes mecanismos, como son la familia, la atención a la infancia, la especificación de las perversiones, etc. (ibidem:126-139).

En la época actual asistimos a una combinación de formas de pensar. Sigue vigente, aunque ha perdido bastante peso, el concepto religioso de pecado cuando se transgrede la norma del matrimonio legal encaminado preferentemente a la procreación. Pero una de las características principales es que se ha legitimado el derecho al placer para la mujer, aunque dentro de unos cánones determinados. Por otra parte, los principios morales han dado paso a los «científicos», donde se prioriza la racionalización, la sistematización de los datos y la investigación empírica aunque siga existiendo una cierta supeditación moral (Barandika & de la Asunción & Sarasola, 1990:19). Así, la medicina se ha dedicado a estudiar todo el comportamiento sexual humano desde la infancia hasta la vejez. Se analizan y clasifican exhaustivamente todas las conductas, quedando perfectamente definidas las llamadas perversiones, de forma que se ha generado una especie de pirámide de comportamiento sexual, donde a medida que nos acercamos al vértice, se van situando los comportamientos calificados

de atípicos o anómalos. Por otra parte, el desarrollo de la demografía como disciplina ha apoyado la idea de sexo como cuestión de Estado y lo ha desvinculado de la moral y de la razón (ibidem:21).

Pero es la Sexología, desarrollada sobre todo en la segunda mitad del siglo XX con la hegemonía de autores norteamericanos⁶, la que protagoniza los cambios teóricos, en cuanto que además se ha atribuido el ejercicio científico de todo lo que tiene que ver con la sexualidad. Hay que tener en cuenta que todos estos fenómenos se han dado de forma paralela a la transformación radical de la sociedad capitalista occidental en las últimas décadas, cambios que han afectado no sólo al espacio público (estructuras económicas y políticas, educación, entre otras) sino también al privado (vivienda, formas de reproducción y convivencia), y por tanto a la esfera doméstica, marco principal de las relaciones sexuales. Haveloc Ellis y Kinsey, entre otros, pero sobre todo Masters y Johnson, han sido los grandes observadores de la respuesta sexual humana, aunque otras/os investigadores más actuales, como Shere Hite, que han basado sus estudios en encuestas realizadas a un gran número de personas, han realizado aportaciones cuantitativas y cualitativas muy valiosas. «El orgasmo como resultado de factores fisiológicos, psicológicos y sociológicos, la ruptura con el mito del orgasmo vaginal frente al clitoridiano, la cualidad del placer de la mujer desvinculada del tamaño del pene y la masturbación como vía de aprendizaje sexual y preparación para los posteriores encuentros interpersonales» son algunos de los novedosos descubrimientos publicados por Masters y Johnson en 1966 (Barandika & de la Asunción & Sarasola, 1990:39). Además de las aportaciones de estos teóricos, los principales movimientos sociales de este siglo (Marxismo, Feminismo, Movimiento Homosexual-Lesbiano, entre otros) se han incorporado también al cambio de las ideas sobre la sexualidad. Wilhelm Reich, pionero del Movimiento de la «Revolución Sexual», «supo aunar política y psicoanálisis⁷, acentuando la importancia de las condiciones sociales y económicas como factores influyentes en cuestiones que había puesto en circulación la teoría freudiana, tales como el complejo de Edipo» (ibidem:33). Reich publicó en su libro *La función del orgasmo* sus principales teorías, a partir de las cuales el orgasmo quedó elevado «a la condición de indicador fundamental de una vida sexual 'normal' y no reprimida» (ibidem:34). A partir de entonces, el objetivo fundamental de los terapeutas sexuales ha sido el de resolver las dificultades sexuales que impiden la consecución del orgasmo tanto en hombres como en mujeres.

⁶Aunque sus líderes fundacionales son: Bloch, Hirschfeld, Ellis, Van de Velde y Marañón, todos ellos europeos, los que le dan cuerpo teórico y rompen el modelo exclusivamente clínico y patológico del enfoque del sexo utilizado hasta el siglo XIX (Amezúa, 1991).

⁷Aunque posteriormente se desmarcara de esta corriente.

5.- Las creencias de los especialistas

Jesús de Miguel y Carmen Domínguez-Alcón, en el Estado Español, y Diana Scully y Pauline Bart, en el mundo anglosajón, han estudiado el reflejo en los manuales de ginecología de las ideologías de los profesionales de este área médica. Las creencias de los ginecólogos no sólo se refieren al cuerpo de la mujer, sino también a la misma mujer como persona social. En el Estado español, es a partir de los años setenta cuando la ginecología toma cuerpo de disciplina (Domínguez-Alcón & de Miguel). De Miguel analiza sobre todo el periodo entre 1939 y 1979, por lo que queda sin ser estudiada la época posterior, donde al mismo tiempo que en la sociedad, aparecen manifestaciones bastante más progresistas por parte de algunos profesionales, que, sin embargo, parecen haber tenido más influencia en los medios de comunicación que en los manuales de Ginecología al uso. De Miguel parte de la base de que no todos los ginecólogos escriben, pero que los que lo hacen tienen mayor poder e influencia, y por tanto, se ocupa de lo que él denomina «sistema general de creencias», señalando que «la imagen que los médicos tienen de la mujer española es incluso más conservadora que la que tiene la sociedad en general» (1979:104)⁸. Asimismo, corrobora las conclusiones de otras investigaciones realizadas en EEUU, en el sentido de que «la ginecología es otra de las fuerzas decididas a mantener los estereotipos de papeles sexuales tradicionales para el interés de los varones y desde una perspectiva del varón» (Scully & Bart 1973:1045; Ehrenreich & English, 1984,1990). Por otra parte, subraya la idea de que la práctica de los ginecólogos, en un tanto por ciento muy alto (hasta el 75%) de las consultas habituales de ginecología en los países desarrollados, «no se refieren a una enfermedad orgánica, y muchas son meros exámenes rutinarios de mujeres sanas. Debido a esta proporción de mujeres sanas, la conducta del ginecólogo tiende a estar llena de ideología» (de Miguel, 1979:122).

Las creencias básicas que aparecen en la ginecología irían referidas a entender a la mujer ante todo como madre, ama de casa, sustentadora de una familia monogámica-legal-eterna y femenina. Scully y Bart, que hicieron un análisis de 27 textos básicos de ginecología publicados en los Estados Unidos desde 1943 hasta 1972, coinciden en esta idea cuando señalan que los textos de ginecología describen a la mujer como anatómicamente destinada a la reproducción y a la nutrición, y cuidadora de la felicidad de su pareja (1973:1045). Respecto a las teorías sexuales de los manuales estudiados, dichas autoras diferencian tres etapas: La primera, desde 1943 hasta 1953, la previa al Informe-Kinsey, se caracterizaría, a grandes rasgos, por la aparición de muy pocos datos empíricos sobre la sexualidad;

⁸Esta idea aparece también en otros textos del Estado Español, como el escrito por el Centro de Mujeres de Federico Rubio de Madrid: «La comunicación médico/mujer en la consulta ginecológica» (1979:495-500).

las mujeres eran asumidas en dichos textos como frías frente a los hombres que eran considerados como poseedores de un deseo y capacidad sexuales infinitos (Scully & Bart, 1973:1046). Los textos correspondientes a la segunda etapa, publicados desde 1953 hasta 1962, posterior a Kinsey y anterior a Masters y Johnson, no recogían los descubrimientos más revolucionarios para las mujeres. Aunque Kinsey había desbancado la idea del orgasmo vaginal como único posible para las mujeres, muchos textos no lo recogían y seguían contemplando la vagina como la zona erógena por excelencia, pero algunos textos comenzaban a señalar la importancia del clítoris en la experiencia sexual de las mujeres (ibidem:1047). La última sería la posterior a los descubrimientos de Masters & Johnson, que tienen gran influencia, y es la dedicada a los manuales publicados desde 1963 hasta 1972. En dicho periodo se sigue valorando como más importante la capacidad de deseo en el hombre que en la mujer, al tiempo que se presenta el interés de la mujer en el sexo como consecuencia de su objetivo principal, que sería la procreación (Scully & Bart, 1973:1048-49).

En esta misma línea de argumentación, de Miguel afirma que «para los médicos en general, y los ginecólogos en particular, la mujer es un ser eminentemente pasivo, tanto en lo social como en la vida personal y sexual. Este carácter define a las mujeres como pasivas y afectivas, frente a los varones que son activos e inteligentes» (1979:77). La pasividad de la respuesta sexual femenina va paralela a la desvalorización de la masturbación, por sus consecuencias negativas para la misma mujer (de Miguel, 1979:84). El sexo en la mujer en función de la procreación y no del placer, el paralelismo entre la disminución del deseo por procrear y el aumento de la práctica sexual «ilegítima», el origen somático de las enfermedades de las mujeres basado en la sexualización de la misma, son ideas que aparecen, y que de Miguel relaciona con la moral sexual cultural victoriana que prevaleció en España durante toda la dictadura franquista. La mayoría coinciden en pensar que el sexo tiene un objetivo principal, que es la procreación, y de ahí que se le considere como un mal menor, aunque una actividad que, por lo menos la mujer, debe esconder o aparentar que no practica (ibidem:89).

Es evidente que, en la actualidad, muchos profesionales de Ginecología no mantienen, por lo menos en líneas generales, estas argumentaciones y creencias, y que muchos aceptan hoy día que la sexualidad de la mujer es un potencial humano enfocado al placer de la misma manera que en el hombre y diferenciada de su experiencia reproductora. Es el caso, por ejemplo, de algunos ginecólogos que ejercen su profesión en el área estudiada y que no sólo tienen ideas claras sobre sexualidad, aborto, etc. desde unos planteamientos progresistas, sino que participan de vez en cuando en los diferentes medios de comunicación opinando sobre cuestiones que afectan específicamente a las mujeres, desde posiciones más renovadoras. Sin embargo, la gran mayoría de los manuales, nuevos o antiguos que han ido siendo renovados, no hacen referencias a la autonomía

sexual de la mujer en cuanto a la capacidad de placer, le dan un papel secundario en referencia al varón, y siguen entendiendo el cuerpo femenino como un cuerpo destinado prioritariamente a la reproducción. Por ejemplo, el ginecólogo Esteban-Altirriba mencionado anteriormente, director del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de S. Pablo de Barcelona, y catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, reafirma en su libro el papel del varón en la relación sexual como imprescindible, y realza la importancia del coito dentro de la relación sexual entre un hombre y una mujer, que él considera la máxima expresión de la sexualidad; en esta línea, define a la persona homosexual como alguien no enfermo, aunque sí «incompleto en una de las facetas de su personalidad» (1987:67-79).

Muchos textos actuales recomiendan la necesidad de que el ginecólogo se dedique también al consejo sexual y se anima a los ginecólogos a que se dediquen también a temas «psicológicos». En el *Tratado de Obstetricia y Ginecología* editado por David N. Danforth, se sugiere al ginecólogo interesado en el tema aprender las técnicas de Helen Kaplan para el tratamiento y consejo a las consultantes por problemas sexuales (1986:189). Pero en este mismo manual se sigue afirmando que las mujeres tienen una experiencia más limitada de partida frente al varón, que se complica en el caso de no información y colaboración por parte del mismo, sin basar estas afirmaciones en causas sociales, sino dándoles un carácter «natural», legitimando de esta manera, el modelo de sexualidad dominante al que nos referíamos en el primer capítulo.

Los ginecólogos, por tanto, se han convertido en consejeros y psicoterapeutas de las mujeres, sobre todo a partir del convencimiento adquirido de que cerebro y útero, los dos órganos «principales» de una mujer, están conectados a través del sistema hormonal, y de la teorización de que muchos síntomas y trastornos menstruales y ginecológicos tenían que ver con tensiones emocionales y somatizaciones. Y la consecuencia principal es que muchas veces las mujeres son analizadas, observadas y clasificadas sin que ellas sospechen que esto es así, y sin que ellas hayan solicitado nunca ayuda psicológica o vean dicha necesidad (Ehrenreich & English, 1990:307-312).

Además del papel de la ginecología, se ha instaurado con mucha fuerza la figura del/de la sexólogo/a⁹ que a partir de las teorizaciones de Reich se ha centrado sobre todo en la resolución de las dificultades sexuales que impiden la consecución del orgasmo. Las/os terapeutas sexuales forman parte de lo que podríamos llamar la «ola de permisividad y libertad sexual»

⁹Las/os terapeutas sexuales trabajan sobre todo en gabinetes privados y diferentes colectivos y asociaciones, junto a otros profesionales de la psicología, y en menor medida desarrollan sus consultas en centros públicos (sobre todo Centros de Planificación familiar).

que afecta a todo el mundo occidental desde mediados de siglo, y que propugna, por lo menos aparentemente, el derecho a una sexualidad placentera para todas las personas, hombres y mujeres. Así, en el Estado español asistimos a una liberalización del tratamiento de la sexualidad en diferentes sectores, como es el caso de los medios de comunicación¹⁰, y el sexo ha salido de algunas manera de las cuatro paredes de la casa, aunque coexisten: formas convencionales de relación, comercialización de imágenes y lecturas eróticas, falta de condiciones apropiadas para las relaciones entre las/os jóvenes, etc., por citar algunos ejemplos. Se puede hablar de un cambio en la valoración social de la sexualidad, aunque sigue vigente la potenciación de la pareja heterosexual, mejor monógama, o por lo menos estable, con una repartición de roles entre el hombre y la mujer y un no reconocimiento de la capacidad sexual autónoma de esta última.

6.- La influencia de la Iglesia

Ya hemos señalado a lo largo de este trabajo el papel fundamental que algunas instituciones tienen en la reproducción y configuración de las ideologías sociales. Se han dedicado todas las páginas anteriores al análisis del quehacer científico-médico como elemento clave en la significación social de la vida de las mujeres, por la importancia que dicho sector social ha tenido en la generación de conceptualizaciones sobre el cuerpo de la mujer y su rol sexual y reproductivo. Pero además, existe otro estamento, que es la Iglesia, que ha tenido suma importancia también en sus conceptualizaciones sobre la capacidad reproductiva y el cuerpo y sobre todo sobre la sexualidad de la mujer. Como dice Ana M. Portugal: «Hoy nadie pone en duda el peso que ha tenido y tienen las ideas religiosas en la vida de las personas, sean éstas creyentes o no» (1989:1). En la actualidad, la proporción de personas encuestadas que dicen creer en Dios es muy importante en el Estado español: 81% de los hombres y 92% de las mujeres manifiestan su creencia, mientras que entre los jóvenes la proporción es de un 73% de los varones y un 83% de las mujeres (Durán, 1987:118). Sin embargo, algo perfectamente constatable es la pérdida de liderazgo moral por parte de la iglesia entre las nuevas generaciones de hombres y mujeres (del Valle et al., 1985). En Euskadi, por ejemplo, son las mujeres mayores de 50 años las que están más influidas por la religión católica; para ellas «la religión supone un marco de referencia general del que extraen sus pautas de comportamiento y sus apreciaciones morales» (ibidem:131). Ellas han sido, en gran medida, las encargadas de la socialización de las jóvenes

¹⁰Con programas televisivos como «Hablemos de sexo», la campaña gubernamental «Póntelo, pónselo» o los espacios dedicados al tema en algunas revistas dirigidas específicamente a mujeres: *Ama, Diez Minutos, Dunia, Marie Claire, Pronto*, por citar algunas.

actuales, y este papel de transmisoras «no parece contradecirse con el proceso de secularización de la sociedad en general, que ha llevado a la mujer hacia la toma de posturas críticas respecto a algunas posiciones mantenidas por la Iglesia en campos que afectan directamente a la vida familiar e individual (por ejemplo, la anticoncepción). Parece que la religión (nos referimos al cristianismo) se vive cada vez más de una forma adaptada a las propias necesidades» (ibidem:132-133).

El cristianismo ha ejercido a lo largo de los tiempos un rol diferente en cuanto a los hombres y las mujeres. M. Angeles Durán apunta que «las mujeres educadas en la ortodoxia cristiana han aprendido desde niñas a realizar lecturas desdobladas, imaginativas, sustituyendo automáticamente la palabra 'mujer' por la palabra 'hombre' allí donde su buen sentido les hacía apreciar la inconsistencia de la norma» (1987:123). Uno de los ejes básicos de las conceptualizaciones religiosas es la definición de la mujer como madre, y aunque la mayor parte de la opinión pública acepta ya como normal que la maternidad no es el único destino para las mujeres (Arregi, 1987:80-81; Ayestarán, 1990), la Iglesia sigue culpabilizando a aquellas que no cumplen lo que se dicta como una norma (Portugal, 1989). El aborto queda catalogado en dicho sistema de valores como el mayor acto criminal, y las jerarquías eclesíásticas levantan sus voces una y otra vez contra las mujeres que abortan, aunque muchas de las que lo hacen se consideren creyentes e incluso sean practicantes¹¹. Las argumentaciones dadas contra el aborto han ido variando con el tiempo. Rose Marie Muraro afirma que «la doctrina oficial de la Iglesia Católica sobre el aborto varía según las épocas. Esta tiende a ser más estricta en tiempos donde la Iglesia se está defendiendo de enemigos externos, y más abierta en aquellos donde presenta mayor posibilidad de ejercer el poder» (1989:90).

Por tanto, se puede afirmar que «durante milenios, la religión ha enfatizado la superioridad del hombre sobre la mujer, razón por la cual esta última ha interiorizado, desde pequeña, la idea de existir en función del hombre, dependiendo de él de una manera radical, y absorbiendo los relatos bíblicos como un hecho natural e inmodificable» (Kaufmann & Sarrible, 1983:322).

Algo importante a la hora de estudiar la influencia de las ideas religiosas es tomar en consideración no sólo las doctrinas oficiales del Vaticano o de las conferencias episcopales, sino también los diferentes niveles donde se elaboran los discursos, influidos igualmente por la moral judeocristiana. En este sentido, del Valle llama la atención sobre el papel de los medios de comunicación en la transmisión de estos valores y la dificultad que existe para identificar los mensajes subliminales de dichos medios (1991:30-31).

¹¹Un informe publicado por la Conferencia Episcopal en el mes de Abril de 1991, por ejemplo, recuerda la posibilidad de excomunión para los abortistas o ayudantes: Véanse artículos aparecidos en *Egin* y *El Mundo*, el día 11-4-91.

7.- La represión sobre la sexualidad

La sexualidad ha sido uno de los campos donde la religión ha ejercido un papel más represor hacia las mujeres, siendo delimitada como un territorio complejo y ajeno, que lleva inherente la dicotomización entre Eva, la pecadora, y María, la virgen madre (Portugal, 1989; Warner, 1991). Para la religión católica, el sexo en la mujer se convierte en algo prohibido, sólo justificable para la función reproductiva. Sin embargo, esto no se teoriza de la misma manera para el hombre. Kaufmann y Sarrible señalan, en este sentido, la doble moral mantenida no sólo por la iglesia, sino por todos los estamentos institucionales influyentes: «Tradicionalmente, las ideologías dominantes respecto a lo femenino y a lo masculino, adscriben a cada uno de los sexos los siguientes atributos: Mujer, monógama, sin experiencia sexual, fiel. Hombre, polígamo, con experiencia sexual, infiel» (1983:321-322). Para dichas autoras, este código moral se basa en las enseñanzas religiosas desde los tiempos antiguos hasta la actualidad, pasando por los teólogos San Pablo y San Agustín y señalan que «la misoginia impera en todos los escritos teológicos» (ibidem:322).

Hasta nuestros tiempos ha perdurado en la iglesia católica la consideración de los primeros cristianos que veían la sexualidad como una distracción del propósito del hombre que era la devoción por la vida espiritual, y a las mujeres y sus cuerpos principalmente como una fuente primaria de tentación. Las mujeres socializadas en la religión católica han incorporado en su vida la idea de que

«el peligro moral proviene del deseo de los hombres por las mujeres ajenas, fomentando con ello dos ideas de consecuencias sociales importantes: 1ª) que las mujeres que no pueden desearse son 'las de otro' (las del 'prójimo'), en tanto que las que no son de nadie (las libres, las solitarias, las abandonadas) no merecen igual protección, y 2ª) que las mujeres no tienen deseos equivalentes por los hombres ajenos (o propios), o si los tienen no son peligrosos moralmente y no hace falta regularlos a través de los mandamientos principales» (Durán, 1987:123).

Nuestra sociedad no sólo está influida por la tradición cristiana, sino también por la judía, que tenía una concepción más positiva de la sexualidad, y que resaltaba el placer, que de todas formas quedaba recluso igualmente dentro del matrimonio. Aunque es en el cristianismo donde se ha enfatizado la visión negativa de la sexualidad, se pueden diferenciar varias fases en el mismo, según el tratamiento de todas estas cuestiones: En los primeros tiempos, se aprecia una mezcla de conceptos griegos y judíos, dándose una dicotomía entre amor físico y amor espiritual, dándose prioridad al segundo. San Agustín, en el siglo IV, introduce entre otras cosas la aceptación del coito matrimonial como menos degradante, puesto que está destinado a la procreación. Durante la Edad Media y el Renacimiento continúa el rechazo a la sexualidad, pero comienzan a desarrollarse códigos distintos de conducta entre la teoría y la práctica. Por último, se puede decir

que es a partir de los s. XVIII y XIX cuando comienzan a darse mayores diferencias en la forma de elaborar y manifestar las creencias y prácticas religiosas, por parte de los diferentes países, proceso paralelo al divorcio Estado-Iglesia y al desarrollo de una ciencia laica (del Valle, 1991:31-34).

De todas formas, y para finalizar, es necesario resaltar que en la sociedad capitalista occidental existe un fenómeno muy importante de autonomía en el campo de la sexualidad y contracepción, que para André Béjin es único en la historia del mundo (1976:39-72). Según Sarrible y Kaufmann, esta relativa autonomía se debe a cuatro puntos:

- a) La difusión de métodos anticonceptivos (o de placer sin fecundación) básicamente el 'coitus interruptus' que se difunde, principalmente en Francia en la segunda mitad del siglo XVIII y en el resto de los países europeos, unos cincuenta años más tarde.
- b) La relativa emancipación de las mujeres, en la segunda mitad del siglo XIX que favorece el reconocimiento de su potencial sexual, diferenciada de su potencial reproductivo.
- c) La aparición de un cuerpo de 'especialistas' (médicos, psiquiatras, médicos legistas, sexólogos y psicoanalistas) que discurren acerca de las supuestas formas patológicas del placer.
- d) La posibilidad de medición de la sexualidad, a través del orgasmo que, según Reich se convierte en una unidad de medida del funcionamiento psicofísico de las personas» (Kaufmann & Sarrible, 1983:319-320).

Todos estos cambios han modificado la ideología sexual en Europa y en todo el mundo occidental, aunque en el Estado español estas transformaciones no se hayan dado de la misma manera, y las ideas religiosas hayan influido durante más tiempo y condicionado a un mayor número de personas (Kaufmann & Sarrible, 1983:335).

8.- Bibliografía

AMEZUA, Efigenio. «Pasado y presente de una ciencia». *Curso de Master en Sexología*, Dossier Nº 19. Madrid: Instituto de Ciencias Sexológicas (I.N.C.I.S.E.X.), 1991 (uso interno).

ARREGI, Begoña. «Evolución demográfica y cambio socioeconómico: Modernización y mujer en el País Vasco», en Valle, T. del & C. Larrañaga & C. Pérez & B. Arregi & L. Méndez. *La mujer y la palabra*. Donostia. La Primitiva Casa Baroja, 1987, pp. 51-93.

AYESTARAN, Sabino. «Afectividad y sexualidad», en Elzo y cols-Deiker-Universidad Deusto. *Jóvenes vascos*. 1990. Gobierno Vasco, 1990, pp. 323-357.

BADINTER, Elisabeth. *L'un est l'autre*. Paris: Ed. Odile Jacob, 1986.

BARANDIKA, Amaia & Rosa de la ASUNCION & M^a Eugenia SARASOLA. «El comportamiento sexual de las mujeres». Bilbao, 1990 (inédito).

BEJIN, André. «Crises de valeurs, crises de mesures». *Communications*, Nº 25. Paris: Seuil, 1976, pp. 39-72.

BURIN, Mabel. *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano, 1987.

CAPRA, Fritjof. *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Barcelona: Integral ediciones, 1985.

CENTRO DE MUJERES DE FEDERICO RUBIO. «La comunicación médico-mujer en la consulta ginecológica», en Vidal Beneyto, José (ed.) *Alternativas populares a las comunicaciones de masa*. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas, 1979, pp. 495-500.

DANFORTH, David N. (dir.) *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Madrid: Ed. Emalsa Interamericana, 1986.

de MIGUEL, Jesús M. *El mito de la Inmaculada Concepción*. Barcelona: Ed. Anagrama, 1979.

de MIGUEL, Jesús M. & Carmen DOMINGUEZ ALCON. «La justificación médica de la desigualdad sexual (1a y 2a parte)». *Doctor. Política profesional*, Nº 131, pp.54-60. y Nº 132, pp. 56-65.

del VALLE, Teresa. «Género y Sexualidad. Aproximación antropológica», en T. del Valle y C. Sanz Rueda. *Género y Sexualidad*. Madrid: Universidad a Distancia-Fundación Universidad Empresa, pp. 13-111, 1991.

del VALLE, Teresa ET AL. *Mujer Vasca. Imagen y realidad*. Barcelona: Ed. Anthropos, 1985.

DIO BLEICHMAR, Emilce. *El feminismo espontáneo de la histeria*. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad. Madrid: Adotraf, 1985.

DURAN, M. Angeles. *De puertas adentro*. Madrid: Ed. Instituto de la Mujer-Mº Asuntos Sociales. Serie Estudios, Nº 12, 1987.

EHRENREICH, Barbara & Deirdre ENGLISH

1984 *Brujas, comadronas y enfermeras (Historia de las sanadoras). Dolencias y trastornos (Política sexual de la enfermedad)*. Barcelona: LaSal edicions de les dones.

1990 *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Ed. Taurus, Alfaguara.

ESTEBAN, M. Luz. *Actitudes y Percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual*. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona, 1993 (inédita).

ESTEBAN-ALTIRRIBA, Juan. *De ginecólogo a mujer*. Barcelona: Ed. Thema, 1987.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la sexualidad.1. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI editores, 1987.

KAUFMANN, Alicia & Graciela SARRIBLE. «Religión y Anticoncepción en España: Mitos y realidades». *Sociología de la salud*. Primeras Jornadas de Sociología de la salud. Eusko Jaurlaritza, 1983, pp. 317-336.

KNIBIEHLER, Yvonne & Catherine FOUQUET. *La femme et les medecins. Analyse historique*. Paris: Hachette, 1983.

MARTIN, Emily. *The woman in the body*. Boston: Beacon Press, 1987.

MURARO, Rose Marie. «El aborto y la fe religiosa en América Latina» en Portugal, Ana M^a (ed.) *Mujeres e Iglesia. Sexualidad y aborto en América Latina*. Washington: Catholics for a Free Choice, 1989, pp. 81-94.

PEYRE, E. & J. WIELS & M. FONTON. «Sexe biologique et sexe social», en Hurtig, M.C. & M. Kail & H. Rouch. *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*. Paris: Editions du Centre National de la Recherche Scientifique, 1991, pp. 27-50.

PORTUGAL, Ana M^a (ed.) *Mujeres e Iglesia. Sexualidad y aborto en América Latina*. Washington: Catholics for a Free Choice, 1989.

RACIONERO, Luis & Luis MEDINA. *El nuevo Paradigma*. Barcelona: PPU-Promociones y Publicaciones universitarias, 1990.

SAEZ BUENAVENTURA, Carmen. «Salud y enfermedad psíquica en la mujer». *Desde el feminismo*, N^o 1, Otoño, 1986, pp. 46-59.

SAU, Victoria

1980 «Mito y realidad del Fenómeno de la menstruación», en Farré, J.M. & M. Valdés & E. Maideu (ed.) *Comportamientos sexuales*. Barcelona: Ed. Fontanella, pp. 317-327.

1985 «Perspectiva psicológica de los paradigmas científicos del ciclo menstrual de la mujer». *I Jornadas de Mujer y Salud Mental*. Madrid. Ministerio de Cultura-Instituto de la Mujer. Serie Documentos, N^o 6, pp. 35-42.

SCULLY, Diane & Pauline BART. «A funny thing happened on the way to the orifice: Women in Gynecology textbooks». *American Journal of Sociology*, Vol 78, N^o 4, 1973, pp. 1043-1050.

SULLEROT, Evelyne (dir.) *El Hecho Femenino*. Barcelona: Ed. Argos Vergara, 1979.

WARNER, Marina. *Tú sola entre las mujeres. El mito y el culto de la Virgen María*. Madrid: Taurus, Alfaguara, 1991.