

Un análisis lésbico feminista sobre la desaparición de la terapia de reemplazo hormonal*

Jennifer Kelly

SINÓPSIS

Por muchos años, las feministas radicales han estado advirtiendo sobre los peligros inherentes al uso de la terapia de reemplazo hormonal. Hasta la publicación de los resultados de la iniciativa del Colectivo Salud de las Mujeres en 2002, estas advertencias fueron despreciadas y desacreditadas. En este artículo, resumo los debates recientes. Adicionalmente, también aprovecharé los hallazgos de mi investigación doctoral, el primer estudio en Australia que examina las experiencias de las lesbianas en la menopausia, destacando como las voces de las lesbianas y los análisis de las feministas radicales acerca de la medicalización en la madurez son descartados y se pasan por alto. Para el propósito de este artículo, restrinjo mi crítica a la cuestión de la Terapia de Sustitución Hormonal. A lo largo de este artículo, desafío las concepciones estereotipadas y negativas sobre las lesbianas y la menopausia y sugiero que la escucha de las lesbianas, adiciona una nueva dimensión a la visión estrecha, heterosexista y medicalizada que se tiene actualmente sobre las mujeres en la madurez.

Por muchos años, las feministas radicales han estado advirtiendo sobre los daños inherentes al uso de la Terapia de Sustitución Hormonal (Coney, 1993; Klein & Dumble, 1994; Oakley, 1993; Rinzler, 1993; Ussher, 1992; Worcester and Whatley, 2000). Finalmente, en 2002, los resultados de la Iniciativa de la Salud de las Mujeres (Women's Health Initiative, WHI) confirmaron sus preocupaciones. La Iniciativa de la Salud de las Mujeres basada en EE.UU., el mayor ensayo clínico y estudio observacional fue diseñado para evaluar los riesgos y beneficios de un número de intervenciones, particularmente Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), para potencialmente prevenir las enfermedades cardiovasculares, cáncer de seno, cáncer colorectal y osteoporosis en mujeres postmenopáusicas sanas (Goldman, 2004). De acuerdo al Grupo de escritoras de las Investigadoras de la Iniciativa de la Salud de las Mujeres, las tasas de eventos de enfermedades cardiovasculares, ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, coágulos en la sangre y cáncer de mama, se incrementaron en las mujeres que tomaron estrógeno/progesterona (TRH combinada) en comparación con aquellas que tomaron placebo. Estos resultados adversos serán discutidos después en este artículo.

Este artículo es un informe sobre los aspectos de un estudio más amplio que pretende examinar las experiencias de la menopausia de las lesbianas en Australia para poner de relieve cómo las voces de lesbianas y los análisis de feministas radicales sobre la medicalización en la madurez se pasan por alto y se desestiman (Kelly, 2004). En el estudio, desafío los puntos de vista negativos y estereotipados sobre las lesbianas en la menopausia, y sugiero que escuchar a las lesbianas, añade una nueva dimensión a la mirada de las mujeres en su madurez, actualmente limitada, heterosexista y medicalizada.

El objetivo principal de este artículo es hacer una revisión crítica de algunos de las críticas feministas de larga data de la utilización sobre la TRH para la mujer menopáusica. Para apoyar mi discusión, me baso en las opiniones y experiencias de las lesbianas que participaron en mi estudio sobre la menopausia. Escribo desde la perspectiva de una investigadora lesbicofeminista radical, enfermera profesional y partera.

*Quiero hacer un reconocimiento a las mujeres que participaron en mi estudio de doctorado, "Experiencias lésbicas sobre Menopausia". Este trabajo no hubiera sido posible sin su participación.

Como voy a discutir más adelante, en la mayoría de los debates acerca del TRH y la menopausia, la perspectiva de las lesbianas se omite. Sugiero cuán lamentable es esto, ya que podemos aprender mucho de las actitudes de las lesbianas frente al TRH y la menopausia. Este artículo se pregunta si las lesbianas tienen un punto de vista diferente de la medicalización de la madurez, en general, y en particular sobre la cuestión del TRH.

Las feministas han sido conscientes y críticas sobre la medicalización de la vida de la mujer desde hace mucho tiempo (Coney, 1993; Crock, Guymer, & Klein, 1999; Klein & Dumble, 1994; Oakley, 1993; Rowland, 1992). Tal parece que cada una de las principales edades de la vida de una mujer está ahora bajo la atenta mirada de los "expertos" médicos. Prueba de ello es que la medicalización comienza en la adolescencia, donde las chicas y mujeres jóvenes de edades entre los 9-26 años son ahora vacunadas con Gardasil, la vacuna contra el cáncer de cuello uterino. A pesar de la falta de datos sobre los ensayos en las niñas de esta edad, Australia está financiando en su totalidad una campaña de inmunización. Una reciente editorial en el *Journal of the American Medical Association* declaró: "es importante destacar que la vacuna es apoyada por la limitada eficacia y seguridad de datos" (Gostin y De Angelis, 2007, p. 1921). Algunos médicos incluso prescriben la "píldora del día siguiente" a las mujeres jóvenes que son aún no sexualmente activas en un intento por reducir la alta tasa Australiana de aborto en adolescentes (Dunn, 2003). La justificación médica es regular sus períodos, o habilitarlas para participar en relaciones sexuales heterosexuales sin riesgo de embarazo. Sin embargo, al mismo tiempo, estas mujeres jóvenes están expuestas a las infecciones de transmisión sexual y a los efectos colaterales de los anticonceptivos. Más tarde, la medicalización tiene lugar con peligrosos y costosos tratamientos para la infertilidad que "ayudan" a "Parejas" heterosexuales infértiles (sin embargo, estos fármacos y tratamientos, son dados a sólo la mitad de los jóvenes y esta es la compuesta por las mujeres, no a los hombres). Llegando más lejos, embarazos y partos saludables son ahora rutinariamente "controlados" por equipos de alta tecnología y procedimientos invasivos. Y finalmente, cuando las mujeres pasan a la madurez, la terapia de reemplazo hormonal es prescrita para aliviar los 'síntomas' de la menopausia en mujeres tanto perimenopáusicas como postmenopáusicas.

Con el incremento de medicalización en la vida de las mujeres viene la presión sobre las mujeres para "tomar el control" de su salud. Nancy Worcester y Mariamne Whatley, (2000) EE.UU. editoras de *Salud de las Mujeres: Lecturas en los aspectos social, económico y político*, señalan la forma en que el enfoque preventivo del cuidado de la salud, se aleja de del "modelo de atención de la enfermedad" a un modelo de autocuidado más individualista, en el que las mujeres se fichan como grandes consumidoras de los servicios de prevención. El diagnóstico gráfico (cribado) de la salud es promovido fuertemente como línea de acción responsable que deben tomar las mujeres. De hecho las mujeres están hechas para sentirse culpables si no disponen por si mismas de los modernos 'avances' tecnológicos que cubren una amplia gama de pruebas, medicamentos y procedimientos médicos. Algunos de estos "avances" destinadas a las mujeres en la madurez y más allá, incluyen evaluaciones de la densidad ósea para la detección de la osteoporosis y la libre "mamografía" para la detección temprana de cáncer de mama, así como nuevas preparaciones hormonales para aliviar los penosos "síntomas" de la menopausia (Crock et al., 1999). Worcester y Whatley (2000) sostienen que la exitosa comercialización de hormonas para las mujeres menopáusicas y postmenopáusicas, se basa en el "factor miedo". Según

estas autoras, "el miedo puede convertirse en un importante punto tanto para la venta de prevención real como para pruebas de detección temprana" Worcester y Whatley (2000 p. 318). Señalan que el temor se crea no sólo para evocar enfermedades debilitantes, sino también para jugar con el miedo de las mujeres al envejecimiento.

En una época y sociedad heterosexistas como las nuestras, las experiencias de las mujeres al madurar no suelen ser agradables (Cole y Rothblum, 1990; de cobre, 1988). Es, por tanto, no sorprendente que muchas mujeres busquen la manera de retrasar los efectos del envejecimiento. Sandra Coney, autora, activista y feminista de Nueva Zelanda en *La Industria de la Menopausia*, (1993) sostiene que la éxito de las campañas de la TRH se debe en gran medida a la obsesión de la sociedad con el deseo de la eterna juventud y belleza. Ella explica (1993, p. 163):

Los medios de comunicación trabajan con los miedos de las mujeres al envejecimiento. A las mujeres se les prometió la preservación de su apariencia juvenil; un poderoso incentivo en una cultura que venera el atractivo sexual femenino. Las críticas a las mujeres posmenopáusicas ofrecida por estos médicos y repetidas en los medios de comunicación - ansiedad, arrugas, depresión - afectan un nervio en la psiquis de las mujeres. Para muchas mujeres, en su propia mirada fue su mayor riqueza.

Muchas lesbianas han sido conscientes de la función que la medicina desempeña en la perpetuación de la "heterosexualidad obligatoria". Las lesbianas feministas que participaron en mi estudio, claramente rechazaron el ideal de belleza masculino. Muchas de las participantes indicaron que una identidad feminista proporciona alguna protección de las normas patriarcales de la feminidad.

Diseño de la investigación

Para mi doctorado, he utilizado métodos de investigación tanto cuantitativos como cualitativos, con el fin de proporcionar un nivel más profundo de análisis. Ciento dieciséis autoidentificadas lesbianas completaron y devolvieron cuestionarios en cada uno de los estados y territorios de Australia entre 2001 y 2002. Las participantes que regresaron los cuestionarios oscilan en edades entre 39-64 años. Luego realicé en profundidad entrevistas con 20 mujeres, 10 cara a cara y 10 entrevistas telefónicas. El rango de edades de las entrevistadas está entre 46 - 60 años. Las entrevistas telefónicas se llevaron a cabo en algunos casos debido a que las entrevistadas viven en otros estados, y en otros porque las entrevistadas lo pidieron así.

Las participantes provenían de una variedad de lugares que incluyen una mezcla de zonas rurales y metropolitanas. Doce de cada 20 identificadas como feministas y 3 de cada 20 ingiriendo TRH en el momento de la entrevista. Catorce de las 20 que entrevisté personalmente estaban en relaciones lésbicas al momento de completar el cuestionario.

Muy tempranamente en la fase de recopilación de datos, temas comunes empezaron a surgir orgánicamente. Lesbianas de diferentes partes de Australia estaban articuladas por cuestiones similares, que no había encontrado en el discurso sobre la menopausia incorporado. Ellas fueron agrupadas juntas para habilitarme a desarrollar propuestas para ser exploradas a fondo en las

entrevistas personales. Los temas agrupados se usaron para categorizar y estudiar las experiencias de las encuestadas. Los temas emergentes reflejados se comparan con los temas identificados en la revisión bibliográfica. No es de extrañar que, la terapia de reemplazo hormonal fue uno de los temas más fuertes que surgieron.

Cuando las participantes de mi estudio se citan en este artículo uso seudónimos y números. A fin de distinguir entre las respuestas de cuestionario y entrevista, he utilizado seudónimos para indicar las respuestas de los entrevistados y los números para indicar comentario cualitativo de las respuestas al cuestionario. En todos los casos las entrevistadas escogieron su propio seudónimo.

Las palabras y el conocimiento de las mujeres

Muchas de las mujeres entrevistadas que fueron muy críticas de la medicalización de la menopausia en general y específicamente sobre el TRH. "Andy", una de las entrevistadas, pregunta:

No le damos a las personas adolescentes algo para evitar entren en la pubertad entonces ¿por qué tendríamos que dar algo en el otro extremo para prevenir que? Lo que se previene sirve para preservar aquello en lo que la sociedad patriarcal dice que debemos continuar. Supone que debemos permanecer sexualmente disponibles para los hombres, supone que nuestros pechos deben permanecer firmes. Suponen para nosotras que debemos permanecer disponibles para el servicio de los hombres en cualquier momento y la menopausia nos aleja de ese mandato, de ese reino masculino. Así, retrasar o impedir la menopausia, nos mantiene como sus criaturas por más tiempo. Yo no sé que es lo que se supone que haga la TRH, ¿se supone que nos mantiene jóvenes y atractivas, con pechos firmes y sin el envejecimiento de la piel? La TRH es diseñada para perpetuar la disponibilidad de las mujeres a los hombres, como lo definen los hombres, pero la naturaleza de nuestros cuerpos, de vez en cuando, no está adecuada para la actividad sexual con los hombres, también si es nuestra elección. La disponibilidad para los hombres ya no es una cuestión, porque ahora somos el cronos (tiempo, ritmo). Ahora estamos menopáusicas y ahora es el momento en el que estamos disponibles para nosotras mismas.

Lamentablemente disponemos actualmente de pocas evidencias que muestren si las lesbianas internalizan estos temores negativos sobre el envejecimiento, ni sabemos si las lesbianas, como grupo social, se sienten diferente sobre el uso de la TRH y otros "avances" tecnológicos. Sin embargo, muchas lesbianas en mi estudio articularon opiniones que son la antítesis del modelo médico. La mayoría de mujeres que participan en el estudio, reconocen la menopausia simplemente como una etapa en la vida de una mujer. Otros ejemplos incluyen:

La TRH habilita a los médicos a darles cualquier cosa a las mujeres adultas, sin importar cual es la queja de salud por la que consultan. [1]

La TRH pone en el cuerpo hormonas artificiales inaceptables y provee con dólares a la industria, impulsando la medicalización de todas las funciones corporales

naturales. Aumenta el riesgo de futuras enfermedades y cáncer, pero se promociona como prevención de enfermedades del corazón, osteoporosis y síntomas de la menopausia. Con ello, las mujeres se convierten en conejillos de indias. [2]

Sandra Coney (1993) escribe que la madurez es ahora 'Un objetivo prioritario para la nueva práctica general orientada a la prevención' Ella afirma que la medicalización de la menopausia ha creado una nueva industria, que le permite al médico general sentirse 'activo, útil y eficaz'. Ella explica:

Se están construyendo alrededor de las mujeres carreras de investigación, y hay médicos y empresarios médicos que desean medir sus huesos, sus pechos, las células de su cuello uterino y sus niveles hormonales. La gente construye las máquinas que pueden escanear, fotografiar, sacar rayos X, y ampliar las partes más íntimas de su cuerpo. Las compañías farmacéuticas tienen una verdadera caja de chocolates con pastillas, parches, supositorios vaginales, e implantes para la mujer madura. Ella puede tragárselas, portarlas en su propia carne, o incluso insertarlas en su vagina -- desde donde las hormonas mágicas transitarán a través de su cuerpo transformando todo lo que toquen (pág. 15).

Similarmente, la autora feminista radical, académica y activista, Renate Klein (1992), comenta que las mujeres maduras son diagnosticadas como "enfermedades andantes", la profesión médica observa que solo hay una forma de evitar 'la miseria de la menopausia' y esta es la TRH Klein (1992, p.24). A pesar de esta y otras críticas feministas sobre la medicalización de la menopausia, lo que concierne a las lesbianas fue adjuntado escasamente. Sandra Coney (1993), reconoce que la comunidad heterosexual es más restrictiva en términos de admitir el comportamiento de la comunidad lésbica; de todas maneras, aún no se centran en detalle en las experiencias lésbicas sobre la menopausia.

Es obvio que las experiencias de las mujeres sobre la menopausia no ocurren de la nada. Cada faceta de la vida de las mujeres es multifactorial e influenciada más ampliamente por los contextos socio-políticos y culturales en los que ellas viven, y la menopausia no es la excepción. Los contextos sociales proveen una estructura para comprender nuestras vidas complejas y, como tal, es importante que estos contextos se reconozcan y entiendan. Al hacerlo, es necesario darse cuenta que la homosexualidad fue desclasificada como enfermedad mental solo en 1973 en los Estados Unidos. Antes de 1973, lesbianas y hombres gay fueron consideradas como enfermas y desviadas, y en consecuencia, fueron sometidos a una serie de intervenciones humillantes y perjudiciales en un intento de "curar" su homosexualidad (Wilton, 1995). No fue hasta 1992 que la Organización Mundial de la Salud eliminó la homosexualidad de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Afortunadamente, hoy por hoy, la homosexualidad no es considerada oficialmente como una enfermedad; sin embargo, las lesbianas y hombres gay aún experimentan discriminación y prejuicios como resultado de este modelo biológico determinístico de la homosexualidad.

La Terapia de Reemplazo Hormonal para la menopausia ha estado aproximadamente más de la mitad de un siglo en el mundo occidental. En 1966 Robert Wilson, un prominente ginecólogo formado en Brooklyn, publicó el libro, *Femenina por Siempre (Feminine Forever)*, que expuso sus teorías acerca de la terapia de reemplazo de estrógenos (Wilson, 1966).

Wilson considera la menopausia como una enfermedad de deficiencia en la madurez de las mujeres, y argumenta apasionadamente que esto puede - e indica que debe - ser tratado con hormonas femeninas. Wilson Creía que las mujeres dejan de ser femeninas después de la menopausia, y por esto se vuelve indeseable. El reclamaba que las mujeres que usaran estrógenos se verían y sentirían mejor, y el comenzó a promover la terapia de reemplazo hormonal para las mujeres desde los años de premenopausia hasta la tumba (Lewis, 1993).

Feminine Forever vendió más de 100000 copias en sus primeros siete meses, habiendo recibido mucha publicidad en revistas de diversos rangos incluyendo la revista *Time* y *Vogue* (Coney, 1993). Con la promesa de la “píldora de la juventud” a través de la cual, según Robert Wilson en los 60's, la menopausia podría evitarse y el envejecimiento aliviarse, las mujeres se han vuelto a el TRH en la búsqueda de la promesa de eterna juventud. Coney (1993) reivindica que es la preocupación por la restauración de la juventud, la belleza y las proezas [hetero]sexuales son las responsables por el éxito de la campaña de sensibilización del TRH. Como las mujeres en el mundo occidental pueden ahora esperar vivir al menos un tercio de sus vidas después de la menopausia, estas representan un mercado enorme de consumidoras potenciales de TRH. Las compañías farmacéuticas, por lo tanto, siguen ganando gigantescos beneficios financieros como consecuencia del envejecimiento de la población femenina (Berger, 1999).

Coney reivindica que en una cultura que rinde culto a “los atractivos sexuales femeninos”, el trabajo de Wilson fue aceptado y adoptado por muchas mujeres (Coney, 1993). La noción entera de feminidad es altamente problemática para muchas feministas. ‘La feminidad’ se ha usado a menudo para mantener a la mujer sometida y subordinada al hombre. La psicóloga feminista Dee Graham define la feminidad como sigue:

La feminidad describe un conjunto de comportamientos que complacen a los hombres porque les comunica la aceptación de las mujeres de su estatus subordinado. Por lo tanto, los comportamientos femeninos son estrategias de supervivencia. Al igual que los rehenes le pagan una fianza a sus captores, las mujeres les pagan a los hombres intentando sobrevivir, y esta es la fuente de la fuerte necesidad de las mujeres de conectarse con hombres y del amor de las mujeres a los hombres (Graham et. Al., 1994 p.xv).

Muchas lesbianas feministas rechazan el concepto de feminidad y como resultado, podrían ser menos propensas a seguir los comportamientos y adoptar las prácticas que son consideradas por la corriente principal de la sociedad como reflejo de feminidad. La siguiente cita de uno de mis estudios ilustra este punto:

La TRH provee estrógenos artificiales para mantener el cuerpo joven y la sexualidad disponible para los hombres. Se adiciona progesterona a la receta para reducir el peligro de los ‘efectos colaterales’ como el cancer - de seno en particular. [3]

Si la feminidad es un concepto considerado de gran importancia y/o relevancia para la mujer heterosexual que para las lesbianas, es posible conjeturar que las lesbianas puedan tener menos probabilidad de tomar la TRH. De todas formas, a pesar de la extensiva búsqueda bibliográfica, con excepción de otro estudio realizado por Heather Davis(1993),

no he podido encontrar información que se dirija al caso específico de las lesbianas y sus actitudes, y el uso de la TRH durante los últimos 50 años.

Menopausia como enfermedad

El modelo biomédico de salud, ve la salud como la ausencia de enfermedad y dolencias. Este modelo asume que el tratamiento médico puede restaurar el cuerpo a la buena salud (Naidoo y Wills, 2000). Por el contrario, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como ‘un estado integral de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias’. Desafortunadamente, una gran parte de la literatura sobre menopausia y TRH refleja el modelo biomédico de salud. Dado que la OMS define la salud como ‘no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedad’, es interesante que la menopausia sea definida de la siguiente manera:

El cese permanente de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. La menstruación termina cuando los ovarios no siguen produciendo suficiente estrógeno para estimular el desprendimiento del endometrio (OMS citado en NHMRC booklet, 1996, p. 1).

A pesar de los reconocimientos de la OMS de los componentes social y político de la salud, la cita anterior define la menopausia como una enfermedad, y un padecimiento por la deficiencia de estrógenos. No sorprende que la OMS promueva también la terapia de reemplazo de estrógenos como la cura (Coney, 1993; Ussher, 1992). En primer lugar se crea una enfermedad y a continuación, se crea como oportunidad de mercado una cura mágica. Esta no es la primera vez en que una enfermedad se ha construido y se mercadea con su cura médica. La disfunción sexual de las mujeres es otro de muchos ejemplos. La siguiente cita publicada en *Maturitas*, la revista europea sobre la menopausia, pone de relieve este punto:

El deterioro gradual de la función del ovario observada durante la perimenopausia, resulta en una marcada reducción de la producción de estrógeno y un decremento importante de los niveles de circulación de estrógeno. La terapia de reemplazo del estrógeno (TRE) se asigna para incrementar los niveles de circulación de estrógeno mediante el reemplazo hormonal, previniendo las consecuencias de largos periodos de deficiencia de estrógenos, y trata los síntomas asociados con la menopausia como las oleadas de calor (calores de queta), sudores nocturnos y atrofia vaginal que son consecuencia de niveles bajos de estrógeno (Palacios, 1999, S2).

La TRE, según lo explica esta cita, es una cura para estos ‘síntomas’ asociados con la menopausia. Afortunadamente, esta mirada de la menopausia, medicalizada y orientada a la enfermedad, ha sido y continúa siendo fuertemente criticada. Muchas de las participantes en mi estudio rechazan la perspectiva medicalizada y orientada a la enfermedad de la menopausia. Este rechazo es evidente en las siguientes citas:

La TRH suspende la menopausia hasta el momento en el que la TRH se detenga, convirtiéndose en prescripción para toda la vida, a no ser que una mujer decida proseguir con su menopausia. [4]

La TRH habilita a los médicos para darle algo a las mujeres adultas, sin importar cual pueda ser la queja de salud. [5]

La TRH y el control de ‘síntomas’

Las mujeres son prescritas con la TRH, más comúnmente para la administración de los problemáticos ‘síntomas’ de la menopausia como las oleadas de calor (calores de queta), los sudores nocturnos, la sequedad vaginal y los problemas urinarios. Uso la palabra ‘síntoma’ entre comillas, cuando síntoma indica enfermedad, pues sin ninguna duda, la menopausia no es tal (Moynihan y Cassels, 2005). Es tan fuerte la medicalización de la madurez que mucha gente actualmente se refiere comúnmente a los ‘síntomas’ de la menopausia, construyéndola por lo tanto como una enfermedad o un padecimiento. Este enfoque en la enfermedad, tiene prosiblemente enormes beneficios para los expertos médicos y las compañías farmacéuticas (Moynihan y Cassels, 2005). Similarmente, de forma usual escuchamos sobre los ‘síntomas’ del embarazo. Las mujeres y los profesionales de la salud, igualmente hablan con frecuencia de tener un embarazo ‘diagnosticado’. Este punto de vista de la menopausia y otros estados de las vidas de las mujeres, orientado a la enfermedad, ha sido y continúa siendo duramente criticado (Coney, 1993; Klein, 1992; Worcester y Whatley, 2000).

Es cierto que para algunas mujeres el inicio de la menopausia puede presentar cambios nuevos o adicionales, y en algunos casos, la TRH puede aliviar o minimizar la angustia experimentada si se toma por un corto tiempo. El ‘síntoma’ más común asociado con la menopausia son las oleadas de calor (calores de queta) y las sudoraciones nocturnas. Barry Wren, ginecólogo australiano y primer presidente de la Sociedad Australiana de Menopausia (ahora Australasian), establece que los ‘Síntomas’ tales como los calores de queta, sudoraciones, insomnio y sequedad vaginal son experimentados por 40 del 70% de las mujeres menopáusicas (Wren, 1989 p.35). Otros investigadores han estimado que puede ser tan alto como un 85% (Hammond, 1989; Rebar y Spitzer, 1987).

A pesar del hecho de que muchas mujeres experimentan calores de queta, para la más mujeres estos calores no causan demasiados problemas y la mayoría de las mujeres no buscan atención médica para ellos. Muchas lesbianas de mi estudio, aunque han experimentado cambios psicológicos para este tiempo en sus vidas, no buscan por intervención médica. La siguiente cita de una participante explica porque ella no consulta a un profesional de la salud:

Parece ser que se asume que un ‘cambio’ significa un ‘problema’. Yo no he consultado a los proveedores de salud y he descubierto que para mí, los cambios son una etapa de la menopausia. Creo que si debieran ser ‘tratados’ acudiría a un proveedor de salud, pero me siento orgullosa de no haberlo hecho. Pero he encontrado muy poca información de relevancia cuando he querido indagar que tan común es cada cambio. Lo que he encontrado cuando he buscado fue que el cambio está supeditado a un ‘problema’ y por lo tanto amerita una ‘solución’. No quiero una solución porque no pienso que tenga un problema, pero me hubiera gustado asegurarme de que estos no son un problema [6].

Las mujeres que buscan atención médica para los calores de queta usualmente presentan múltiples problemas y puede ser más posible que sean las mujeres pertenecientes a la población general quienes buscan intervención médica en general (Lock, 1991). Parece evidente que si por ejemplo un gran porcentaje de las mujeres están experimentando la madurez, experimenten también cambios similares, en lugar de reflejar una enfermedad, estos cambios reflejan una 'normal' o habitual transición de la perimenopausia a la postmenopausia. Sin embargo, lamentablemente el modelo biomédico no adopta un enfoque saludable de tales cambios.

Antes de la publicación de los hallazgos de la Iniciativa por la Salud de las Mujeres en 2002, solo se creía que la TRH protegía a las mujeres de las enfermedades cardíacas, y muchas mujeres fueron prescritas con la TRH con éste propósito. La TRH se prescribía también para prevenir la osteoporosis. Tal como explicaré más adelante, ahora es ampliamente aceptado que los médicos se equivocaron en su hipótesis de que las afecciones cardíacas podrían prevenirse con la TRH.

La Iniciativa por la Salud de las Mujeres (ISM) y el Estudio del Millón de Mujeres

Los hallazgos de la Iniciativa por la Salud de las Mujeres (ISM) ponen de relieve los riesgos asociados al uso rutinario del TRH y cambia las creencias sobre los beneficios de la TRH.

La Iniciativa por la Salud de las Mujeres (ISM) sustentada en EEUU, es el más grande ensayo clínico y el estudio observacional, diseñado para evaluar los riesgos y beneficios de una serie de estrategias de prevención primaria, para evitar las afecciones cardíacas, el cáncer de seno, el cáncer colorectal y la osteoporosis en las mujeres posmenopáusicas sanas. Los quince años de estudio longitudinal se pusieron en marcha en 1993 por el Instituto Nacional de Salud (INS) e incluía más de 161000 mujeres postmenopáusicas sanas con edades desde los 50 a los 79 años (McGowan y Potreen, 2000). La Red Nacional por la Salud de las Mujeres, la única organización de EEUU que está dedicada a la salud de todas las mujeres, fue instrumental en el lanzamiento de la ISM. Después de años de discutir sobre la necesidad de un gran Ensayo Aleatorio Controlado para examinar la eficacia o no de la TRH, la Red considera una gran victoria cuando el INS inició un juicio sobre estas. Archibald Lemman Cochrane (1972), practicante de medicina y pionero de los Ensayos Aleatorios Controlados, sostiene que son muy pocas las intervenciones médicas han sido correctamente evaluadas por medio de ECA. La demanda de una cura y/o el tratamiento para una condición médica en particular o enfermedad puede prevenir que ese tipo de ensayos se lleven a cabo. Como resultado, algunos tratamientos médicos son usados antes de que hayan mostrado ser efectivos - La TRH es uno ejemplo de este tipo. Se puede argumentar que otros de estos ejemplos incluyen IVF, RU 486 y Gardasil.

Los hallazgos del estudio de la ISM sobre el riesgo de cáncer de seno en las mujeres que toman combinaciones de la Terapia Hormonal, fueron publicadas en el número Julio de 2002 de *Journal of the American Medical Association* (Grupo de escritoras de las Investigadoras de la Iniciativa por la Salud de las Mujeres, 2002). La Página Web de participantes de la Iniciativa por Salud de las Mujeres, resume las conclusiones así:

El informe de 2002 reveló que más mujeres que tomaron E + P (estrógeno más progesterona) desarrollaron cáncer de mama que aquellas que tomaban pastillas de

placebo (inactivo). Este análisis actualizado muestra que, después de una media de 5,6 años, 245 de las 8506 mujeres que tomaron E + P y 185 de las 8102 que tomaron placebo, desarrollaron cáncer de mama. Del total de cánceres, 349 casos fueron invasivos, un tipo de cáncer de mama con una mayor posibilidad de propagarse en otras partes del cuerpo. Las conclusiones a continuación se basan en el grupo de cáncer de mama invasivo.

- El aumento del riesgo de cáncer de mama debido a E + P fue de ocho casos adicionales de cáncer de mama por cada 10.000 mujeres durante 1 año.
- En general, hubo un incremento del 24% en el riesgo de cáncer de mama debido a E + P.
- Los cánceres de mama en el grupo E + P tuvieron características similares a los del grupo placebo. Sin embargo, los tumores en el grupo E + P tienden a ser más grandes y más avanzados (se han propagado a los ganglios linfáticos o a otros lugares del cuerpo). Una etapa más avanzada se asocia usualmente con resultados más pobres. (www.whi.org/findings).

El sitio web de participantes informa más adelante que las mujeres:

Después de un año, bastantes más mujeres tuvieron mamografías anormales en el grupo E+P (9.4%) comparadas con el grupo Placebo (5.4%); este patrón se mantuvo hasta que concluyó el estudio. Una mamografía anormal es una radiografía del seno que desencadena una recomendación para evaluación médica adicional (la mayoría de las veces, un tiempo más corto entre mamografías, pero algunas veces, biopsia de seno u otros estudios). Aunque hemos sabido por otros estudios que el uso de E+P incrementa la densidad del tejido del seno en las mamografías, el incremento de mamografías anormales con el uso de E+P visto en este estudio es un nuevo hallazgo (www.whi.org/findings).

Los siguientes números de mujeres afectadas, se refiere al número de mujeres por 10000 mujeres cada año. Por ejemplo, 37 mujeres por 10000 mujeres cada año que toman estrógeno/progesterona han sufrido ataque cardíaco comparadas con 30 mujeres por 10000 mujeres al año que toman placebo o píldoras dummy. Similarmente, los indicadores de ataques fulminantes se incrementaron de 29 mujeres por 10000 tomando estrógeno/progesterona en comparación con 21 mujeres por 10000 tomando tabletas de placebo (Grupo de escritoras de las Investigaciones de la Iniciativa por la Salud de las Mujeres, 2002 pp. 321-333).

El índice de coágulos sanguíneos fue más del doble para las mujeres tomando estrógeno/progesterona en comparación con las que toman placebos (34 mujeres por 10000 que toman estrógeno/progesterona tuvieron coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones, en comparación con 16 mujeres de 10000 que ingieren tabletas de placebo). En términos del cáncer de mama, un incremento del 26% fue observado en las mujeres que tomaron la TRH. Así, 38 mujeres de 10000 desarrollaron cáncer de mama con estrógeno/progesterona, en comparación con 30 de 10000 mujeres que ingirieron placebo en tabletas (Grupo de escritoras de las Investigaciones de la Iniciativa por la Salud de las Mujeres, 2002 pp. 321-333). Los resultados del ensayo sobre el TRH confirman la preocupación de la Red y muestran que estaban en lo correcto cuando desconfiaron de las

afirmaciones sin fundamento fabricadas por las empresas farmacéuticas sobre los supuestos beneficios de la TRH.

Un reporte publicado en el *New England Journal of Medicine* revela que la incidencia del cáncer de seno en las mujeres de Estados Unidos se siente fuertemente (por el 6.7%) en 2003, en comparación con los índices de 2002. Los autores concluyen que “el decremento de la incidencia del cáncer de seno parece ser influenciado temporalmente por el primer reporte de la Iniciativa por la Salud de las Mujeres y la consiguiente caída de la terapia de reemplazo hormonal entre las mujeres de Estados Unidos”(Ravdin et al., 2007, p.1670).

Más recientemente, la publicación de los resultados del Estudio del Millón de Mujeres confirmó los riesgos adicionales de la TRH. El Estudio del Millón de Mujeres es un estudio nacional sobre la salud de las mujeres, que involucra más de un millón de mujeres del Reino Unido de 50 años en adelante. El enfoque principal del estudio relata los efectos del uso de la terapia de reemplazo hormonal. Otros factores investigados incluyen la dieta, el parto, la lactancia materna, el uso de suplementos minerales y vitamínicos, el uso de anticonceptivos orales y la historia de enfermedades familiares (www.millionwomenstudy.org). Los resultados de este estudio también muestran un aumento en el riesgo de cáncer de ovario en las mujeres que toman TRH. Un artículo publicado en la prestigiosa revista médica, *The Lancet* (Mayo 2007), concluye, “las mujeres que usan TRH tienen un incremento en el riesgo de ambos sucesos y cáncer de ovario. Desde 1991, el uso de TRH ha resultado en la suma adicional de 1300 cánceres de ovario y 1000 muertes adicionales por su malignidad en el Reino Unido” (Million Women Study Collaborators, 2007, p.1703).

Mientras que grupos e individuos de la profesión médica y la comunidad científica continúan refutando los resultados de la ISM y el Estudio del Millón de Mujeres, claramente los resultados han tenido un impacto tanto en los médicos como en las mujeres que los consultan para obtener información, consejos y tratamientos. Las mujeres en Australia están siendo actualmente aconsejadas para no tomar la TRH para efectos preventivos, pues, de acuerdo al Colegio Real Australiano y el Colegio de Nueva Zelanda de Obstetricias y ginecólogos (2007), los riesgos claramente superan los beneficios, cuando se toma por largo tiempo.

Cuando los medios de comunicación dieron a conocer los resultados de la ISM, muchas mujeres que estaban tomando la TRH la suspendieron abruptamente. Consejeros médicos y otras agencias de salud se inundaron de llamadas telefónicas y consultas de mujeres preocupadas sobre los resultados del estudio y su impacto en su salud y su bienestar. Mostrando que al menos 13 millones de mujeres en los estados unidos que ingerían la TRH cuestionaban si debían continuar haciéndolo (Cyr, 2003).

Perspectivas de las Mujeres y experiencias con la TRH

Es extremadamente difícil determinar el número exacto de mujeres usando TRH en un determinado tiempo. Se ha estimado que en el estado de Victoria, Australia, en la década de los 90's, una de cada cuatro mujeres menopáusicas estaban tomando la TRH (Vollenhoven, 1999). Diane Palmer, Directora de la Clínica de la Menopausia del Real Hospital de Mujeres de Melbourne, Australia, estima que la TRH es usada por el 40% de las

mujeres Australianas de entre 45 a 64 años de edad (Palmer, 2002). Dieciséis por ciento de las lesbianas de mi estudio estaban tomando la TRH al momento de completar el cuestionario en 2001 (n=19)(Nelly, 2005). Este número parece pequeño en comparación con las cifras citadas en otros estudios más largos. Se puede notar que la vasta mayoría de los cuestionarios fueron completados y retornados antes de la publicación de los hallazgos de la ISM en 2002. Al menos 14% de las lesbianas en mi estudio habían probado previamente la TRH por distintos periodos. Muchas de estas mujeres suspendieron su uso después de un corto periodo. Esto concuerda con los hallazgos de otros estudios publicados en los que se muestra que el tratamiento TRH es abandonado frecuentemente durante el primer año. Las razones para esta suspensión citadas en mi estudio, fueron similares a aquellas citadas en otros estudios de mujeres heterosexuales e incluían la preocupación sobre el incremento de riesgo de cáncer, falta de voluntad para tomar 'terapias no naturales', desconocimiento de los efectos colaterales a largo plazo y el hecho de que para algunas mujeres, los 'síntomas' de la menopausia persisten a pesar de la TRH.

Otras lesbianas parecen reflejar una perspectiva filosófica sobre la menopausia y el papel de la TRH. En una entrevista, "Elizabeth" una lesbiana de 47 años de edad explica:

La he visto siempre [la menopausia] como otra simple etapa de la vida y por verla como una etapa de la vida, no es más que bueno... simplemente ocurre y habrán tiempos inconvenientes y tiempos en los que no te sentirás muy bien pero terminaré llevándome bien con ella. Muchas mujeres que conozco se han sentido perdidas y han buscado tratamiento y algunas están usando la TRH pero siguen experimentando lo que yo llamo 'indicadores' de la menopausia. Yo he practicado deportes por muchos años, y he jugado con lesiones, cosas que son inconvenientes, como cuando acostumbras nadar aunque tengas tu periodo, porque no puedes permitir... o para mí, yo no puedo permitir que las cuestiones alrededor de la menopausia o algo así, me aparte del hecho de vivir mi vida. Así que supongo que tiene que ver con tu actitud... supongo que es como cuando la gente tiene una quimioterapia. Toman temprano una decisión que puede ser horrible, horrible, horrible y se ubican a sí mismos en una cama o dicen, 'Tengo que tomar este tratamiento pero luego volveré a trabajar y continuaré.'

El número promedio de lesbianas que participaron en mi estudio y habían tomado la TRH fue de 4.92. Ocho de las 18 participantes han estado tomando la TRH por 5 años o más (dos mujeres tomaron la TRH por más de 10 años; una mujer no respondió esta parte del cuestionario). Dados los últimos hallazgos de la ISM, según los cuales su uso por largos periodos ocasionaría implicaciones serias de salud para estas lesbianas. Aunque mi investigación se realizó antes de la publicación de los hallazgos de la ISM, la controversia sobre la seguridad de la TRH ya era ampliamente conocida. Muchas de las lesbianas que entrevisté mencionaron estos aspectos controvertidos, pero las 19 lesbianas que tomaban la TRH declararon que no obstante, habían tomado informadas la decisión de tomar la TRH.

Los datos de la segunda fase de los estudios de la Salud de la Mujer de Australia, encuestan una cohorte de mujeres maduras (42-52 años) encontrando que 23.2% de las mujeres estuvieron tomando corrientemente la TRH y el 76.8% no lo hacen (Women's Health Australia, 2002,9). Es intrigante que sea menor el número de mujeres que toman la TRH en mi estudio. Aunque me doy cuenta que el mío no es una muestra representativa de las

lesbianas que viven en Australia, y por esta razón no se pueden esbozar conclusiones absolutas, sugiero que es un hallazgo interesante que el número de lesbianas que toman la TRH sea considerablemente menor que en otros estudios predominantemente de mujeres heterosexuales. Algunas de las participantes de mi estudio de hecho sugieren que la TRH puede ser más popular con las mujeres heterosexuales, y más difundido el papel que la TRH juega en la perpetuación del rol de la “heterosexualidad compulsiva”. Estos comentarios fueron reportados tanto en los cuestionarios como en las entrevistas. Las respuestas del cuestionario incluyen:

Sospecho que la TRH podría ser más popular con las mujeres heterosexuales, talvez por la presión de sus parejas masculinas de que “se pongan mejor rápido” pero esto es solo un pensamiento sin bases en la realidad. [7]

Aunque esta participante estableció que este fue “solo un pensamiento sin bases en la realidad”, parece que para algunas mujeres la conexión entre la TRH y la heterosexualidad es muy real. Por ejemplo “Merle” escribió que si ella permaneciera casada, tendría más afinidad por tomar la TRH.

Merle tiene 50 años de edad, se identifica a si misma como una mujer postmenopáusica y estuvo en un matrimonio heterosexual durante 20 años. Tiene dos hijos adultos y recientemente ha “salido” como lesbiana. En la siguiente entrevista Merle explica:

Si, supongo que es mi propia experiencia personal, pero cuando tu estas con un hombre, debes encajar en un cierto modelo, y la cosa es, que el probablemente me animará a hacer algo al respecto [la menopausia]. Porque si no estoy cómoda, entonces por supuesto no querré sexo, y es una cosa grande. Así el debe animarme a tomar algo para aminorar los síntomas para sentirme mas cómoda para que pueda estar feliz de... ir donde sea que el quiera, y sin embargo, con otra mujer no siento esto para nada. Este es el curso normal de la vida, si tu eres una mujer casada y tus hijos están creciendo, cuando entras en la menopausia tomas la TRH. La vida es diferente ahora y yo simplemente no quiero ir por esa pista.

La explicación de Merle es similar a la perspectiva expresada por Germaine Creer. En *The change*(1991), Creer explica como la TRH se le da a las mujeres para promover el sexo marital. Ella cita un estudio reciente reportado en el *British Medical Journal* (Ballinger, 1975) en el que solo 114 mujeres de una muestra de 539, con edades entre 40 y 55 años, debatirán de sexo con el autor. En este estudio, solo el 40% de las mujeres con libido pobre tienen una buena relación con sus esposos, comparadas con el 66% de ellas con libido irreprochable (Ballinger, 1976 pp. 1183-1185). Germaine Creer asegura que en estas situaciones parecen presentar un caso para la terapia de reemplazo hormonal. Ella puntualiza que nadie nunca le ha preguntado a las mujeres si su esposo es atractivo o si es un buen amante. Ella escribe:

A la esposa ya se le ha dicho como vestirse, como insinuar para nuevas aventuras en el sexo, como el estrógeno hará que sus senos sean más tensos y así sucesivamente. Nadie nunca ha sugerido que su problema pueda ser falta de interés. La suya puede ser también aburrición mental, un trabajo aburrido o un esposo aburrido. Todavía, las personas cuyas mentes no son estimuladas son más propensas a tener una mente

aburrida; el trabajo doméstico en un trabajo aburrido y el tipo de trabajos realizados comúnmente por mujeres fuera de casa son trabajos aburridos, y los esposos pueden ser muy aburridos, especialmente si han gastado su mejor esfuerzo en gente que consideran más importante en sus sitios de trabajo o de juegos. La situación es tan insoportable y mortal para una mujer como lo es para un hombre y ella no sería alentada a dosificarse a sí misma con esteroides en lugar de poner fin a la misma (Creer, 1991, 359).

Muchas de mis entrevistadas confirmaron la noción de Creer sobre la TRH y el papel que ellas creen juega en mantener a las mujeres sexualmente disponibles para los hombres. Los datos del cuestionario también mostraron similares perspectivas de este aspecto, como se evidencia en los siguientes comentarios:

La TRH provee estrógeno artificial para mantener el cuerpo joven y la sexualidad disponible para los hombres. Incluir progesterona a la receta sirve para reducir los peligrosos “efectos colaterales” como el cáncer - de seno en particular. [8]

La TRH puede compensar los síntomas de la menopausia pero creo que la menopausia es simplemente aplazada. Parece ser una sugestión en la que se anuncia que el envejecimiento será retrasado, y que entonces, las mujeres serán más atractivas para los hombres. La toma de la TRH puede ser uno de los más grandes experimentos sociales de drogas contra la mujer. [9]

Conclusión

Los resultados de la ISM publicados en 2002 confirmaron las preocupaciones de muchas feministas radicales. Las mujeres son confundidas indudablemente sobre el valor de la TRH y son a menudo persuadidas a comenzar con la TRH como resultado de la imagen que reflejan los medios de comunicación de sus beneficios y la presión ejercida sobre ellas por los profesionales médicos. Las mujeres construyen la sensación de que tomar el TRH es la medida de acción responsable en la vía de controlar su menopausia y su vida de entonces. Sin duda, la publicación de las conclusiones de la ISM en Julio de 2002 ha tenido un impacto significativo en el número de mujeres que tomaban y suspendieron la TRH. Este no es, sin embargo, el fin de la historia de la TRH. Cinco años después de la publicación de los hallazgos de la ISM, científicos y otros expertos médicos siguen refutando los resultados y presentando lo que parecen los argumentos negativos para su refutación de forma general y pública.

Este artículo ha puesto de relieve como los estudios que han explorado las perspectivas de las mujeres y sus experiencias en torno a la TRH, no han reconocido la orientación sexual como variable y se asume la heterosexualidad. Por el contrario, las mujeres de mi investigación exploran las miradas, experiencias y actitudes alrededor de la TRH desde las perspectivas lésbicas. Estoy de acuerdo con Ellen Cole y Esther Rothblum (1991), - quienes creen que solo cuando la mujer se libere de la presión social para vivir sus vidas, la menopausia podrá no ser la experiencia negativa que es actualmente para muchas. Los hallazgos de mi estudio soportan fuertemente los muchos beneficios que tienen las lesbianas feministas que se rehúsan a cumplir con las imágenes del estatus de mujer

construidas por los hombres y ven sus intentos de conducir nuevamente a las mujeres a este ideal mediante mecanismos peligrosos y artificiales.