



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

USO Y ABUSO DEL CUERPO FEMENINO EN LAS
EXPLORACIONES E INTERVENCIONES MÉDICAS

0600826

TESIS: EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

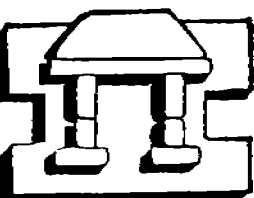
P R E S E N T A :

MARIBELL GALVÁN TORRES

ASESORA: MTRA. DIANA ISELA CORDOBA BASULTO

DICTAMINADORES: MTR. JOSÉ SALVADOR SAPIEN LÓPEZ

MTR. GILBERTO GERARDO WILLIAMS HERNANDEZ



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. MEXICO

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mi padre:

Roberto Galván Méndez (+).

Por motivarme a luchar y no rendirme, por enseñarme que lo más valioso en esta vida es el conocimiento. Este es el fruto de tu cosecha papá. Gracias.

A mi madre:

Yolanda Torres León.

Por representar la decisión, la fuerza, la valentía y el sacrificio. Lo logre mamá.

A mis hermanos:

Roberto (+), Angélica, Roberto y Rodrigo Galván Torres.

Porque juntos aprendimos que no hay nada mejor que la autonomía, la independencia, la crítica y la hermandad.

A mi eterno compañero:

Guillermo Guadarrama Victoria.

Porque incondicionalmente has estado a mi lado respetando mis decisiones y apoyándome en los momentos más difíciles.

A mis hijos:

Luis Angel y Frida Guadarrama Galván.

Porque significan el inicio y fin de este gran sueño. Por ser mi razón de ser y el motivo para ser mejor. Los amo.

A mis incondicionales amigas (os):

Nayeli, Vane, Mary, Bárbara, Aldé, Betza, Esther, Vero, Juan, Richi, Nico, Toño, Luis, Ivan, Fer, Jaisi.

Por esos días de cordura, desmanes, sueños y problemas compartidos; por la transparencia en los sentimientos y la apertura de criterios. Que más puede pedir nuestra amistad.

A las mujeres que participaron en este estudio, y a todas aquellas que luchan día con día por ser reconocidas en su papel de madres, hermanas, hijas, esposas, compañeras, amigas, profesionistas, trabajadoras o sencillamente.....MUJERES.

Que los años nos digan que somos inigualables, no digamos jamás no a nada, seamos libres, para encontrar lo más parecido a la felicidad.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO 1. SEXUALIDAD.

- 1.1. Dimensiones de la Sexualidad: Biológica, Psicológica, Social y Cultural.
- 1.2. Educación Sexual de Hombres y Mujeres.
- 1.3. Sexualidad Femenina.

CAPÍTULO 2. CUESTIONES DE GÉNERO.

- 2.1. Roles Sexuales.
- 2.2. Conformación de la Subjetividad Femenina.
- 2.3. El Cuerpo Femenino Como Cuerpo de Otros.

CAPÍTULO 3. EL ÁREA DE LA SALUD.

- 3.1. Psicología de la Salud.
- 3.2. Terminología Médica Utilizada.
- 3.3. Relación Médico – Paciente.
- 3.4. Salud de la Mujer.

CAPÍTULO 4. DERECHOS Y ABUSOS EN LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES.

- 4.1. Derechos Sexuales y Reproductivos de la Mujer.
- 4.2. Ámbitos Públicos y Ámbitos Privados de la Sexualidad Femenina.
- 4.3. Agresión, Violencia y Delitos Sexuales Hacia las Mujeres.
- 4.4. Marco Legal.

CAPÍTULO 5. USO Y ABUSO DEL CUERPO FEMENINO EN LAS EXPLORACIONES E INTERVENCIONES MÉDICAS.

- 5.1. Abusos Verbales.
- 5.2. Abusos Físicos.
- 5.3. Abusos Emocionales y/o Psicológicos.
- 5.4. Abusos Sexuales.

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA.

CAPÍTULO 7. RESULTADOS.

CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN.

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS.

RESUMEN:

La condición actual de la mujer ha llevado a la Psicología de la salud a realizar enormes esfuerzos en lo que a ella se refiere. Sin embargo, aún no se han hecho relevantes los significados que dan las mujeres las exploraciones y/o intervenciones médicas, particularmente en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere. Por esto, el objetivo del presente estudio fue conocer los significados que algunas mujeres otorgan a prácticas médicas como lo son las exploraciones médicas y/o intervenciones en salud reproductiva y sexual, entendiendo por significados todo aquello que la mujer piensa y siente, antes, durante y después de dichas exploraciones y/o intervenciones.

Para este estudio se utilizó una metodología de corte cualitativo con perspectiva de género. Los datos se recolectaron en un periodo de 5 meses partiendo de negociaciones previas con las participantes garantizando su anonimato. Participaron 15 estudiantes de bachillerato entre los 16 y 24 años y 3 amas de casa de 32, 34 y 44 años cada una. Se solicitaron a 14 de ellas documentos personales donde relataban sus experiencias durante las visitas al ginecólogo; en este documento se realizaron anotaciones como base para una entrevista posterior con preguntas abiertas ahondando el dónde, el cómo, el cuándo, el porqué, el quién. Con las amas de casa y con una de las estudiantes sólo se realizó una entrevista profunda. Algunas entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas y en otras sólo se tomaron anotaciones puntuales. Las entrevistas se llevaron a cabo en: casas, salón de clases o café según cada caso. Los datos obtenidos se describieron en 15 categorías, acompañados de relatos así como de datos demográficos. Se encontró que las mujeres acuden al ginecólogo por diversos motivos, solas o en compañía de algún familiar, prefieren ser atendidas en servicio particular y por personal del mismo sexo, la frecuencia de las visitas es irregular y pocas veces se sigue o se termina un tratamiento. Los sentimientos que experimentan durante las exploraciones e intervenciones médicas son de temor, angustia, pena, desconfianza, entre los más importantes. Viviendo como abusos sus visitas al ginecólogo. Además, se desconocen los derechos sexuales y reproductivos y en caso de ser violados, el proceso legal por el cual pueden reclamarlos.

Se concluye que la opinión de la mujer no es tomada en cuenta en la mayoría de los casos, cuando se someten a exploraciones e intervenciones médicas, abusando de ellas de diversas maneras, esto afecta las posteriores visitas médico y da como resultado la incapacidad de exigir atención médica integral. La trascendencia de los resultados radica en la utilidad de los mismos para la realización de futuras investigaciones, rescatando el enfoque de género y creando espacios para la difusión de las mismas y lograr una nueva cultura de equidad, libre de ignorancia y prejuicios.

INTRODUCCIÓN.

En un contexto interesado por un modelo holístico de salud, surge el nacimiento formal de la Psicología de la Salud, considerando a la Psicología como una profesión sanitaria y reconociendo que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la Salud como en el origen y la evolución de la enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

La Psicología de la Salud es entonces la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la Psicología como disciplina para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud (Matarazzo, 1980 Citado en: Amigo Fernández y Pérez, 1998)

La condición actual de la mujer ha llevado a la Psicología de la salud a realizar enormes esfuerzos en lo que a ella se refiere, así pues encontramos estadísticas alarmantes como las que Cabal (s/a) nos presenta en cuanto a salud reproductiva:

- ψ Se estima que aproximadamente 600,000 mujeres mueren cada año en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto.
- ψ La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente una de cada cinco mujeres en el mundo ha sido abusada física o sexualmente por un hombre en su vida.
- ψ En 1997, cada día aproximadamente 6,000 mujeres fueron infectadas por el VIH. Una proporción significativa estaba casada y era monógama.
- ψ Se estima que aproximadamente 60 millones de abortos ocurren al año en el mundo, de los cuales 20 millones se dan en condiciones de riesgo, contribuyendo a altas tasas de mortalidad y morbilidad de las mujeres. Aproximadamente el 95% de estos 20 millones de abortos son inseguros, ocurren en países en desarrollo que penalizan dicha práctica.

ψ Se calcula que entre 120 y 150 millones de mujeres que quieren espaciar los nacimientos de sus hijos, no tienen los medios para hacerlo de manera efectiva. Se estima que aproximadamente 75 millones de embarazos en el mundo no son deseados (cerca del 20% de todos los embarazos).

También se reconoce la labor desempeñada en el estudio de la relación entre el médico y la paciente, donde se hace hincapié en la importancia de la subjetividad de pacientes, así como la diversidad de creencias y significados (De la Cuesta, 1999), resaltando que la relación interpersonal es un elemento central en la calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva, reflejada en la salud integral de la mujer (Jasis, 1997).

Además, encontramos investigaciones como las de Pérez, Márquez y Namihira (2001); Ramírez, Nájera, y Nigenda (1998); Brofman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (1997), que reportan la perspectiva que se tiene de los servicios de salud y de la atención médica tanto de los proveedores de servicio como de las usuarias. De igual manera contamos con propuestas muy claras como las del Programa de Salud Integral para la Mujer A.C. (SIPAM) para lograr un modelo de calidad en los servicios de Salud y una equidad de género en éstos (Buggs y Casanova, 1997; Casanova, 1997; Hernández, 1997; Reyes, 1997; Isphording, 1998; Salas y Hernández, 2001). Sin embargo, aún no se ha hecho relevante lo referente a los significados (pensamientos, emociones) que presentan las mujeres (en su condición de cuerpo de otros) durante y después de ser sometidas o mejor dicho al someter sus cuerpos a exploraciones y/o intervenciones médicas.

Seguramente por lo anterior cuando hay señales de enfermedad, el primer paso no es siempre la visita al médico, sino que: se ignora, se piensa que es pasajero, se utilizan remedios caseros o medicamentos recomendados por otras personas; actos determinados por el sistema de creencias del ambiente social y factores económicos. Así, se decide hacer una manda, una peregrinación, una visita al chamán o se recurre a algún tipo de medicina alternativa, se consulta al médico del seguro social o a un médico de práctica privada.

Debido a la falta de respeto del carácter confidencial de la información, se puede disuadir a la mujer de obtener asesoría y tratamiento, afectando negativamente su salud y bienestar y esta es la razón por la que la mujer está menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales (Salud Sexual), utilizar métodos anticonceptivos o atender casos de abortos incompletos (Salud Reproductiva) o atenderse cuando haya sido víctima de violencia sexual o física. También se enfrenta a obstáculos para acceder a los servicios de atención médica, tales como requisitos o condiciones que menoscaban el acceso de la mujer como los honorarios elevados de los servicios de atención médica, el requisito de la autorización previa del cónyuge, el padre o las autoridades sanitarias, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible, entre los más importantes.

Por lo tanto es necesario formular una propuesta para proveer el servicio de una manera diferente a la tradicional, es decir, conocer necesidades de las usuarias, dar solución a los problemas de comunicación entre los médicos y las pacientes, y en la medida de lo posible, hacer llegar las insatisfacciones de las usuarias a los médicos, pero no sólo de manera estadística sino en función de los significados otorgados a dicha atención por parte de las mujeres, ya que como Jasis (1997) afirma, al referirse a la salud sexual y reproductiva de la mujer "...de cómo se desenvuelvan y expresen las transformaciones durante el proceso de embarazo-parto-postparto, dependerán en gran medida los resultados de la salud integral de la mujer (física, psicológica y emocional)" (p. 119).

Así, el objetivo del presente estudio es conocer los significados que algunas mujeres otorgan a prácticas médicas como lo son las exploraciones médicas y/o intervenciones en salud reproductiva y sexual, entendiendo por significados todo aquello que la mujer piensa y siente antes, durante y después de dichas exploraciones y/o intervenciones.

Como objetivos específicos del estudio se contempla:

- ψ Identificar los motivos de consulta
- ψ Identificar los diferentes tipos de exploraciones e intervenciones médicas a los que se someten las mujeres en sus visitas al ginecólogo
- ψ Conocer cómo viven algunas mujeres sus visitas al ginecólogo
- ψ Conocer la percepción que tienen algunas mujeres del personal y el servicio médico recibido.
- ψ Comparar las vivencias de algunas mujeres con los reportes de algunos estudios revisados.

Así, el Capítulo 1 se enfoca al área de la sexualidad para conocer sus dimensiones, la educación que hombres y mujeres reciben al respecto y finaliza enfocándose a la sexualidad femenina.

El Capítulo 2 abarca cuestiones de género tales como los roles sexuales, la conformación de la subjetividad femenina y, hablando de mujeres, se describe cómo el cuerpo femenino es considerado y vivido como cuerpo de otros.

En cuanto al área de la salud, ésta es abordada en el Capítulo 3, donde encontramos la unión entre salud y Psicología, la definición de los términos más utilizados en medicina que son de nuestro interés, la relación médico-paciente, las funciones del personal médico y concluye con el tema de la mujer y la salud.

Para el caso del Capítulo 4, identificamos los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, los ámbitos públicos y privados en que vive su sexualidad, así como la agresión, violencia y delitos sexuales a los que se enfrenta, para ubicarlos en el marco legal.

El Capítulo 5 versa sobre el título del presente estudio: Uso y abuso del cuerpo femenino en exploraciones y/o intervenciones médicas, donde se

enuncia la percepción que tienen las usuarias de servicios médicos acerca del personal médico y de la calidad de dicho servicio; además de diferenciar los abusos médicos más frecuentes hacia las mujeres.

La metodología utilizada se detalla en el Capítulo 6. Los resultados encontrados durante el trabajo de campo se presentan en el Capítulo 7. La discusión se desarrolla en el capítulo 8 y finalmente se presentan las conclusiones.

CAPÍTULO 1. SEXUALIDAD.

*Nacimos para estar solas.../aprendimos a mordernos
el deseo/ a templarnos la sangre/ a dominar el ansia/
habitantes temporales del amor/ somos nuestra
media naranja/ nuestra propia pareja/ nuestra pasión
más fiel...*

Rosa Ma. Roffiel

La sexualidad es el conjunto de manifestaciones y expresiones en los terrenos biológicos, psicológicos y socioculturales que diferencian a los individuos como varón o como mujer de acuerdo a su grupo social, así mismo constituye una dimensión fundamental del ser humano, influyendo decididamente en su formación y desarrollo, ya que participa, de manera determinante, en la estructuración de la personalidad y en las diversas relaciones que se establecen entre los individuos (CONAPO, 1982, Vol. 1).

Según Barragán (1991), la sexualidad es la función de relación con los demás caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Complementariamente puede implicar reproducción. Es una constante del ser humano desde el nacimiento hasta la muerte. Su estructuración es fundamentalmente social y cultural más que biológica.

López (1995), coincidiendo con lo anterior, define a la sexualidad de la siguiente manera: no son sólo órganos genitales, el coito o las relaciones sexuales mal llamadas completas, sino es una dimensión que abarca todo nuestro ser corporal, psicológico y social; es decir, nuestro cuerpo es sexuado, nuestro psiquismo es sexuado y tenemos una forma de ser social sexuada. Además, menciona que somos sexuados en todas las edades, pero en cada edad es diferente, sin dejar de ser una dimensión importante.

Con fines didácticos para una mejor comprensión y análisis del tema, es necesario separar a la sexualidad en sus aspectos más importantes: biológico, psicológico, social y cultural. Sin embargo, ninguna dimensión de la sexualidad tomada aisladamente tiene validez universal.

1.1. Dimensiones de la Sexualidad.

Dimensión Biológica.

El sexo es un hecho biológico que por lo común tiene presencia imperativa entre los seres humanos, y una dicotomía que es mutuamente excluyente: una persona es macho o hembra y sólo debe ser una cosa u otra...el sexo biológico implica: sexo genético definido por el número de cromosomas (46xx o 46 xy) o por la presencia de cromatina sexual: sexo hormonal: el equilibrio andrógino-estrógeno, sexo gonádico: la presencia de testículos u ovarios, la morfología de los órganos internos de reproducción, la morfología de los genitales externos...a estos rasgos puede agregarse el dimorfismo somático que se establece definitivamente al final de la pubertad, incluyendo las características sexuales secundarias (Lagarde, 1997).

Según Katchadourian (1992), entendemos por sexo al conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón y a la mujer y que, al complementarse, tienen en sí la potencialidad de la reproducción. Considera también, que la base biológica de nuestra conducta sexual involucra ciertas condiciones físicas incluyendo los órganos sexuales, hormonas, complicadas redes nerviosas y centros cerebrales.

Gotward (1983) menciona que el estudio biológico de la sexualidad puede dividirse en dos categorías: estudios de la reproducción y estudios de la sexualidad no reproductiva, o sea la respuesta sexual humana.

Dimensión Psicológica.

Para los fenómenos psicológicos debe emplearse la palabra género: podemos hablar del sexo masculino o del sexo femenino, pero también podemos hablar de la masculinidad y de la feminidad, sin hacer necesariamente referencia a la anatomía o a la fisiología. Por lo tanto, mientras sexo y género parecen prácticamente sinónimos en el uso corriente, e inextricablemente unidos en la vida cotidiana, las dos esferas (sexo y género) no se ligan inevitablemente en relación de uno a uno, sino que pueden funcionar casi de manera independiente (Lagarde, 1997).

El individuo durante su socialización se enfrenta a un guión sexual al que tiene que apegarse para ser aceptado en la comunidad en que vive. Esta socialización permite al ser humano estructurar su identidad, es decir, encontrar, durante el proceso de desarrollo, una forma individualizada de ser, sentir y pensar, que lo hace único y original dentro de su grupo.

Los guiones que nos brinda la sociedad como marco de referencia para el desarrollo, están tipificados para varón y para mujer y corren en forma paralela, con poca probabilidad de conjuntarse; por tanto, la identidad que el ser humano ha de adquirir está matizada por el aspecto sexual y se convierte, en esa medida, en una identidad sexual.

La identidad sexual comprende tres aspectos básicos que son: la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual.

La identidad de género se refiere a la conciencia de pertenecer a un sexo determinado, es decir, sentir y pensar como hombre o como mujer. Entidad psicológica que se forma a partir de los mensajes explícitos o implícitos, verbales o no verbales, que se reciben del medio, dependiendo del sexo al que se pertenezca y estrechamente relacionado a la imagen corporal. El contenido de esta identidad de género es producto social y no propio de la naturaleza masculina o femenina.

El rol de género se refiere al comportamiento del individuo que hace evidente a la sociedad y así mismo el sexo al que se pertenece. Generalmente este comportamiento responde a la identidad de género y a los usos y costumbres del lugar y la época.

En cuanto a la orientación sexual, podemos decir que se refiere a la atracción, al gusto o preferencia del sujeto para elegir compañero en la relación coital, en la afectiva y en la fantasía. Un factor que se encuentra íntimamente ligado a la orientación sexual es el erotismo. Este elemento dirige su acción hacia la consecución del placer sexual (CONAPO, 1982, Vol.1).

Dimensión Social.

Los seres humanos se conciben agrupados, asociados entre sí y con múltiples relaciones, formando los diversos grupos donde satisfacen sus necesidades sociales básicas. La sexualidad constituye una de éstas.

Para lograr la convivencia social, la cultura, a través de los valores, las normas, las creencias, y las instituciones moldea el comportamiento de los miembros de la sociedad. Este moldeamiento de la conducta del individuo abarca o incluye la conducta sexual, debido a que su naturaleza social se hace evidente en la interacción social (CONAPO, 1982, Vol.1).

El guión sexual da la pauta de cómo organizar la vida sexual de los miembros de la sociedad a la que se pertenece. El contenido del guión es el reflejo de la ideología social, siendo éste introyectado en forma individual y paulatina desde el momento del nacimiento. Sin embargo, Gagnon (1980) considera que los guiones y la conducta sexual que propician no aparecen completamente formados al nacer, al alcanzar la pubertad o en el momento del matrimonio. No hay una conexión entre el pene y la vagina, entre el hombre y la mujer, entre el amor y el sexo. Lo que hay, más bien es la adquisición de las respuestas tanto sexuales como no sexuales, a veces acumuladas rápidamente y otras muy despacio, a

veces dirigidas y otras en forma accidental y en circunstancias simples o complejas. De estas fuentes obtenemos nuestros guiones, lo que armoniza con cada cosa y el orden en lo que hace (los esquemas cognoscitivos que tenemos en nuestras mentes), así como nuestra verdadera conducta sexual en situaciones con personas de verdad y con consecuencias también verdaderas.

Katchadourian (1992) menciona que dentro de los factores sociales en la conducta sexual, el sexo se ha explotado de manera torpe y despiadada más que cualquier otra necesidad humana, además de que se usa para mantener la posición social, obtener popularidad, entrapar y conservar esposas y compañeros, y así sucesivamente.

Dimensión Cultural.

La cultura se manifiesta en la conducta humana y en los resultados tangibles de ésta, pero no hay que confundir la una con lo otro. La cultura se hace visible en las conductas y con mayor exactitud en las uniformidades que se observan de éstas. Esto significa que la definición de los elementos culturales es una aproximación o un promedio y que en cada individuo se encuentran variantes del patrón general. La conducta puede ser aprendida debido a su carácter abstracto, y transmisible gracias al lenguaje en cualquiera de sus formas (CONAPO, 1982, Vol.1).

A menudo, las cuestiones relacionadas con el sexo tienen un carácter polémico y se reinterpretan en función de los respectivos esquemas de valores. Pero con frecuencia la controversia guarda relación con la época, el lugar y las circunstancias. El concepto de lo moral y de lo justo o correcto varía histórica y socioculturalmente. Muchos de los aspectos morales inherentes al sexo se vinculan a determinadas tradiciones religiosas, pero la religión no tiene el monopolio de la moralidad. No existe un sistema de valores sexuales que tenga validez universal, ni un código moral que sea indiscutiblemente justo y aplicable a todos los hombres (Master, Johnson y Kolodny, 1995). Por su parte Gagnon (1980) refiere que el ciclo

vital se desenvuelve con un cambiante conjunto de guiones sexuales diseñados para cada edad y cada sexo, y el contenido de cada escena varía con los distintos momentos históricos y en las diversas culturas y subculturas. Además, el patrón heterosocial, heterosexual, monógamo, es apoyado por los arreglos de vivienda, por la economía, por el sistema legal, por la gente mayor que regula el comportamiento de los jóvenes, y por los niños, que regulan el de sus padres.

Hombre y mujer han sido siempre sexualmente diferentes. En un proceso complejo y largo, se separaron hasta llegar a descomponerse. Así, se conformaron los géneros por la atribución de cualidades sociales y culturales diferentes para cada sexo, y por la especialización y confinamiento exclusivo del género femenino en la sexualidad concebida como naturaleza, frente al despliegue social atribuido al género masculino. Es un proceso doble, permanente, en el que la mujer es reducida a la sexualidad y ésta –por considerarse natural- es desvalorizada. Así, la enorme diversidad de actividades, trabajo, sentimientos y formas de vida de las mujeres han sido definidas históricamente como productos de sus cualidades naturales, biológicas. Simultáneamente, las mujeres fueron haciéndose tan diferentes entre sí que se desconocieron unas con otras. El género femenino se escindió al aparecer grupos de mujeres exclusivos y mutuamente excluyentes, definidos también por la sexualidad.

La sociedad impone a los seres humanos modos de vida diferentes sustentados en su especialización excluyente: lo que es obligatorio para unos está prohibido para otros porque pertenecen a grupos, como las clases sociales y los géneros, relacionados unos con otros porque se complementan en las contradicciones entre necesidades, carencias y poderes.

Una segunda escisión define la situación de las mujeres, producto de la diferenciación. Estas diferencias entre mujeres se deben a sus diversas situaciones genéricas derivadas de su adscripción de clase social, nacionalidad, concepción del mundo, lengua, tradición, historia propia, costumbres, etc. (Lagarde, 1997).

La sociedad ejerce una influencia importante sobre las expectativas y, por lo tanto, sobre las características de la personalidad y conducta de sus miembros; lo anterior se refleja en los papeles que asigna a las personas. Hasta hace poco, se esperaba que las mujeres desempeñaran las funciones de esposas y madres, en tanto que a los varones se les asignaba el papel de trabajador y líder. Como resultado, tradicionalmente se ha considerado a la feminidad y masculinidad como conceptos mutuamente excluyentes, transmitiendo y atribuyendo en forma social expectativas, conductas y características de la personalidad a mujeres y hombres, respectivamente. La feminidad se refiere a una preocupación expresiva por otras personas e incluye cualidades como cuidados, pasividad, delicadeza y dependencia. La masculinidad connota una orientación instrumental (concentrada en la satisfacción de metas) e incluso ya cualidades como ambición, independencia, autoconfianza y liderazgo (Daly y Hotelling, 1991).

La identidad de hombres y mujeres no es producto de una esencia masculina y femenina inmutable, sino que se construye culturalmente, a través de un proceso de socialización en el que intervienen los modelos de lo que la sociedad define como las actitudes y conductas apropiadas para cada sexo.

La construcción de las identidades genéricas tiende a concebirse ahora como un proceso que continúa a lo largo de la vida; no ocurre una vez y para siempre en la infancia, generando una identidad fija. En este proceso influye la experiencia de vida y las posiciones que las mujeres ocupan en distintos momentos (González, 1997).

A juicio de Hernández (1999) la categoría de género comprende cuatro elementos interrelacionados: símbolos y mitos (representaciones que crean estereotipos o un deber ser); conceptos normativos (hacen creer que los mitos son producto de consensos sociales); nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales (las cuales también influyen en la

construcción del género); y la identidad subjetiva (la manera en que se determina en cada personalidad un rol genérico).

1.2. Educación Sexual de Hombres y Mujeres.

La educación sexual la entendemos como un proceso de construcción de un modelo de representación y explicación de la sexualidad humana acorde con nuestras potencialidades, con el único límite de respetar la libertad de las demás personas. En este sentido es necesario analizar críticamente los fundamentos de los modelos que se han propuesto, contrastar dichos modelos, conocer otras culturas y la propia historia del conocimiento sexual.

La educación sexual es un proceso lento, gradual y complejo que facilita la construcción de las diferentes nociones sexuales y que ayuda a comprender los procesos históricos y culturales por los que se han generado los conocimientos actuales y la organización social sexual vigente.

La educación sexual constituye un intento de explicar, transmitir y perpetuar las concepciones, normas, valores morales e ideología que cada cultura considera que deben servir para preservar el modelo social, cultural y económico. Es así como encontramos culturas o sociedades que niegan toda posibilidad de información, sociedades que toleran cierta información y sociedades que la facilitan.

En la medida en que la educación sexual acerque los códigos privado y público y haga desaparecer las diferencias, nos estaremos aproximando a un modelo de desarrollo integral, y quizá, sin saberlo, estaremos también potenciando la transformación social y cultural.

El conocimiento sobre la sexualidad humana no surge como resultado de involucrar ideas o transmitir información, sino que es el fruto de la interacción

cognitiva del individuo con el medio. Las explicaciones de los adultos, por muy claras que éstas resulten, no son suficientes (Barragán, 1991).

Las expectativas que se asignan a hombres y mujeres, y que en buena medida condicionan su comportamiento cotidiano, dependen del entorno familiar y social en el que se desenvuelven, el cual no siempre es fácil de analizar por la diversidad de influencias a la que está expuesto todo ser humano. A pesar de ello, es factible aproximarse a través del tipo de declaración que da cada persona, dependiendo de si es hombre o mujer, a eventos ligados con su sexualidad y reproducción, ya que ello permite aproximarse a su percepción del “deber ser” conforme lo interpreten.

En un estudio realizado por Figueroa (1993) se reporta un inicio más temprano en la vida sexual de los varones, pero no podemos dejar de preguntarnos si los patrones educativos, que se le transmiten a un sexo y al otro, influyen en que los hombres tiendan a exagerar su respuesta afirmativa y las mujeres por el contrario tiendan a declararla menos. En un segundo momento se muestran niveles diferentes en el conocimiento de métodos anticonceptivos, lo cual puede estar ligado con el tipo de información que se privilegia para cada una de las poblaciones, o bien el tipo de información que ellas privilegian de acuerdo a sus necesidades: mientras que los inyectables y el dispositivo intrauterino son conocidos en mayor medida por las mujeres, el preservativo y el retiro (coito interrumpido) muestran un balance más favorable para la población masculina. Al respecto Basaglia (1980) comenta que la sociedad es mucho más permisiva con los hombres que con las mujeres, lo cual puede influir en el tipo de respuestas que den a un tema con connotaciones morales como lo es la práctica de la anticoncepción y la sexualidad. En algunas mujeres prevalece el deseo de embarazarse desde la primera experiencia sexual, mientras que en algunos hombres no se considera esta posibilidad. La meta principal de las mujeres es la maternidad y luego el casarse, ligado a la posibilidad de tener hijos; el trabajo y el estudio aparecen como la opción relevante sin ser porcentajes despreciables, sin

embargo cuando se indaga en las razones por las cuales se desea trabajar o estudiar, parte de ello está en función de poder brindar un mejor cuidado a los hijos. Algunas mujeres reconocen que lo que las une a su pareja son los hijos y prefieren el amor de los hijos que el de la pareja ya que el de la pareja como quiera “se puede cambiar, conseguir otra, a fin de cuentas no es su sangre ni su pariente y es un amor interesado”, mientras que el amor de los hijos “nadie lo puede cambiar, son su sangre y es desinteresado su amor”.

A mayor escolaridad, la mujer se siente con más dominio sobre su propia sexualidad y, por lo mismo, es factible que se involucre más en cualquier decisión que tenga que ver con ella, como puede ser, el caso de la práctica anticonceptiva. Las mujeres de las zonas rurales se sienten con menos derecho para decidir sobre su vida sexual que las mujeres de las zonas urbanas. Sin embargo, la valoración o la importancia que se le atribuye a las relaciones sexuales en ambos contextos, no determina, en última instancia, la participación en la toma de decisiones en este aspecto. Los datos por paridad muestran a las mujeres con menos experiencia reproductiva, con mayor disposición a involucrarse en la decisión de tener relaciones sexuales, así como de considerar las relaciones sexuales con una importancia similar para ambos miembros de la pareja. Las mujeres que alguna vez han hecho algo para influir sobre su fecundidad son quienes se involucran más en la decisión sobre las relaciones sexuales.

En la práctica (o por lo menos en el discurso) de la “igualdad de los derechos” en las decisiones acerca de la sexualidad y la reproducción de las mujeres y los varones influyen factores como: escolaridad, tamaño de la localidad de residencia, conocimiento sobre elementos de la reproducción, entre otros.

Lagarde (1997) considera que las mujeres viven una sexualidad opresiva, caracterizada por el desprecio, la inferiorización y la violencia institucionalizada; desprecio, inferiorización y violencia que son de manera simultánea, bases de la viril identidad masculina. Sexualidad que prescribe el amor irrealizable como la

forma suprema de relación entre oprimida y opresor, entre el jefe patriarcal y la subordinada, entre el polígamo y la monógama, entre el visible que ocupa todo el espacio y la invisible que requiere su mirada para existir.

El cuerpo y la sexualidad de las mujeres son, en efecto, un campo político definido, disciplinado para la producción y para la reproducción, construidos ambos campos como disposiciones sentidas, necesidades femeninas, irrenunciables. El cuerpo de las mujeres es un cuerpo sujeto y, ellas encuentran fundamento a su sometimiento en sus cuerpos, pero también su cuerpo y su sexualidad son el núcleo de sus poderes.

La sexualidad femenina tiene dos espacios vitales: uno es el de la procreación y otro es el erotismo. Estos ámbitos de la sexualidad son la base de la especialización sociocultural de las mujeres. En torno a la procreación se construye la maternidad como experiencia vital básica “natural”, como contenido de la vida de todas las mujeres, como centro positivo de su feminidad, de su “naturaleza”.

Se reconoce la procreación femenina como un deber ser y por su carácter natural es irrenunciable, debe ser realizada: todas las mujeres son madres de manera independiente de la procreación y de la edad.

El erotismo es el espacio vital reservado a un grupo menor de mujeres ubicadas en el lado negativo del cosmos, en el mal, y son consideradas por su definición esencial erótica como malas mujeres, se trata de las putas. Sin embargo, el erotismo está presente en la vida de todas las mujeres pero salvo el caso de las putas, en el resto está asociado de manera subordinada y al servicio de la procreación.

El cuerpo de las mujeres procreadoras es entonces cuerpo procreador, cuerpo vital para los otros, cuerpo útero, claustro. Espacio para ser ocupado

material y subjetivamente, para dar vida a los otros. El cuerpo de las mujeres eróticas es un cuerpo erótico para el placer de los otros.

1.3. Sexualidad Femenina.

La sexualidad femenina ha sido, durante años, foco de polémicas y discusiones. En torno al cuerpo de la mujer se entretienen mitos, discursos científicos y planteamientos ideológicos. La complejidad y la riqueza del tema han dado lugar a una proliferación de estudios al respecto.

Existen distintos planteamientos teóricos que desarrollan la manera como se percibe socialmente la sexualidad femenina. Uno de los planteamientos más interesantes en este sentido ha sido desarrollado por Basaglia (1980). Esta autora señala que el cuerpo femenino ha sido considerado como “cuerpo para otros”; plantea que las fases de la historia de la mujer pasan por las modificaciones y alteraciones de su cuerpo. La preservación y custodia del núcleo familiar, el embarazo y la función materna, han marcado el cuerpo de la mujer como “cuerpo para otros”: para la procreación o para el goce del hombre. Basaglia plantea que el hecho de la penetración durante el acto sexual se ha interpretado culturalmente como apropiación o expropiación.

La carencia de poder, señala Eisenstein (1984), que padece la mujer en nuestra sociedad, está basada en cuatro estructuras básicas: la de producción, la de reproducción, la de sexualidad y la de socialización de los niños. De estas cuatro estructuras, la dimensión de la sexualidad femenina ha sido en donde existen más prohibiciones, según los planteamientos de Mitchell (1974).

Desde la época porfiriana, el matrimonio es el único marco permitido a la sexualidad femenina, las mujeres deben preservar la virginidad hasta el matrimonio y guardar fidelidad al marido. En la esposa, madre, hija y hermana descansa la honra de la familia y no basta ser virtuosa, sino también hay que parecerlo. La esposa debe atender el hogar y hacerse cargo de la educación de los hijos, está

obligada a permanecer en el ámbito de lo privado, ya que el mundo público y la esfera política está reservado al hombre, encargado de trabajar para obtener el sustento familiar. La mujer era considerada como un ser asexual y desprovisto de pasiones (Ríos, 2001).

Ahora bien, si analizamos la producción discursiva acerca de la sexualidad femenina, encontramos que no sólo hay prohibiciones, sino también existen concesiones y planteamientos ambiguos. La exageración de las dotes femeninas de seducción, tan en boga actualmente en las imágenes de los medios masivos de comunicación, en aras de una aparente liberación de la sexualidad, se ha convertido en otra forma de control sobre el cuerpo femenino. Parafraseando a Basaglia, una cultura en donde se exalta el aspecto sexual en la vida de una mujer, en detrimento de otras cualidades por desarrollar, impide igualmente que esta sexualidad sea verdaderamente suya (Figueroa, 1993).

CAPÍTULO 2. CUESTIONES DE GÉNERO

No se nace siendo mujer: una llega a serlo. Ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana. La civilización en conjunto es quien elabora ese producto.....

Simone de Beauvoir

Al hablar de género estamos hablando de una cualidad histórica construida no sólo para mujeres, sino también para los hombres; ser mujeres o ser hombres es ser genéricamente definidos, y en este sentido la teoría de género nos abarca a todos.

Los géneros son una forma de clasificar a los seres humanos, es en realidad una clasificación universal. Antes que seres humanos en abstracto, somos seres humanos con género, es decir, genéricos (Lagarde, 1992).

Los géneros son grupos biosocioculturales, contruidos históricamente a partir de la identificación de características sexuales que clasifican a los seres humanos corporalmente. Ya clasificados, se les asigna de manera diferencial, un conjunto de funciones, actividades, relaciones sociales, formas de comportamiento y formas de la subjetividad a los sujetos sexuados.

El género es un factor mediante el cual percibimos el comportamiento, las relaciones y las decisiones de hombres y mujeres respecto a la reproducción.

El "género", entonces, se refiere a los diferentes papeles que los hombres y las mujeres desempeñan en la sociedad y a los derechos y responsabilidades que entrañan esos papeles. "Género" no es lo mismo que "sexo", pues este último término se refiere a las diferencias biológicas y físicas entre hombres y mujeres.

Tan fuertes son los papeles basados en el género que comúnmente se los da por sentado. Estos papeles se ponen de manifiesto en prácticamente todas las instituciones sociales, inclusive las estructuras familiares, las responsabilidades domésticas, los mercados de trabajo, las escuelas, los sistemas de atención de salud, la legislación y las políticas públicas. La influencia del género es tan poderosa como la de la religión, la raza, la condición social y la riqueza.

2.1. Roles Sexuales:

El rol de género como se mencionó en el capítulo anterior se refiere al comportamiento del individuo que hace evidente a la sociedad y a sí mismo el sexo al que se pertenece. Generalmente este comportamiento responde a la identidad de género y a los usos y costumbres del lugar y la época.

En nuestra sociedad, el proceso de formación de un individuo comienza desde antes de su nacimiento, con el cúmulo de expectativas, deseos y metas contemplados por los padres para él o para ella. Nuestros padres son quienes inculcan los primeros valores y conocimientos que nos marcan para toda la vida y éstos a su vez serán diferentes para cada persona de acuerdo al sexo biológico con el que se nació. Es así como la designación del rol de género comienza dentro del núcleo familiar; el niño o la niña, mientras crecen, van observando en la madre, el padre, hermanos y hermanas entre otros, modelos estereotipados sexualmente que indican lo que se espera de él o de ella, normando de esta manera su comportamiento.

En la mayoría de los casos, al niño se le enseña a ser agresivo, dominante e independiente, y se le dan mayores libertades y permisos. A la niña se le exige obediencia, pasividad y sumisión, esperando se quede en casa a ayudar a mamá en el cuidado de la casa y de los niños. Llegada la etapa escolar estos roles se reafirmarán gracias a las actitudes, acciones, lenguajes, juegos y a los tratos diferenciados por parte de las y los profesores.

El concepto de género constituye una categoría epistemológica de análisis, propuesta desde diferentes tendencias dentro del movimiento social de mujeres; y no significa nada distinto que tomar en cuenta cómo se han construido socialmente los roles sexuales, y de qué manera han impactado el desarrollo humano en forma tan negativa, al cimentarse en una relación asimétrica y subordinada para las mujeres.

2.2. Conformación de la Subjetividad Femenina:

Cuando la historia empezó a escribirse para lo que conocemos como civilización occidental, se borraron de las bibliotecas los nombres de aquellas mujeres cuya vida y obra contradecía el nuevo orden. Por ejemplo Temistoclea quien enseñara a Pitágoras; Diótima, maestra de Sócrates; del movimiento de mujeres Atenienses y Griegas contra la guerra; se ignoró a Aspasia, compañera de Pericles quien fue académica y estadista, autora de la brillante instrucción cívica; no nos hablan de Areta de Cirence quien presidió la escuela de ciencias naturales más importante de su época, en la cual se proclamaba "por un mundo sin amos ni esclavos". Tampoco nos hablan de Tabita, discípula de Jesús.

El conocimiento se fue arrancando a las mujeres lentamente, en la oficialidad cuando menos. A Sócrates se lo condenó a muerte por "corromper" a los jóvenes con ideas contra el poder de la razón y por proponer, entre otras cosas una educación igualitaria para hombres y mujeres.

A las mujeres, nuestras abuelas, se les fue reduciendo a los "gineceos", el harén, las cocinas y siglos más tarde a los conventos. Pero lo crucial, lo verdaderamente clave de esta subordinación, no se completaría, sino hasta el momento en que se condenó el cuerpo de la mujer.

Entre la esclavitud y la edad media, el cuerpo de las mujeres se fue tornando en objeto, se cosificó. Las mujeres fueron convertidas en objetos, decorativos en algunos casos, pero objetos al fin. La concepción de "varones

imperfectos" o de "úteros andantes" cobró fuerza. Ya no eran ciudadanas, no podían ser propietarias, menos debían estudiar. Se cuestionó si tenían alma inmortal o no. Se afirmó que lo máximo que les podría pasar era el ser equiparadas a la naturaleza; y cómo ella, al decir de Descartes, debía ser conquistada, usada por la fuerza de ser preciso en beneficio de la civilización.

Qué de cosas debieron pasarle a la autoimagen corporal de las mujeres, mitad de la humanidad, y por lo tanto a la salud física y mental de la humanidad entera. En la Europa de la época incluso, se confinó el cuerpo, en especial el de las mujeres a kilos de ropas constreñidas, sin contar con la prohibición general del baño.

Se habla de cerca de seis millones de mujeres sacrificadas, en un espacio de tres siglos, acusadas de ser brujas, yerbateras, curanderas, alquimistas o parteras, a quienes antes de asesinar se las tortura con crueldad, casi siempre pasando algún tipo de instrumento por sus vaginas o senos, a fin de arrancar los depósitos demoniacos. Debió ser ejemplificante para las no brujas de entonces, quienes aceptaron ante semejante despliegue de crueldad patriarcal de la Iglesia y el Estado, que lo mejor era no saber, o fingir no saber. Por suerte, si así puede llamársele, muchas mujeres adoptaron voluntariamente la vida monástica ante la posibilidad de aprender a leer y escribir, aunque ello implicare también flagelarse el cuerpo en el caso de que las hormonas campaneasen. También se encerraban voluntariamente para evitar matrimonios obligados, o en castigo por no aceptarlos.

Los siglos de subordinación de las mujeres han implicado negación de su cuerpo, negación de su sexualidad, negación de su condición de sujetos y exaltación como objetos, inequidad social, económica, política. Esto bajo el ejercicio de todas las formas de poder: la familia, la iglesia y la ciencia.

El sometimiento femenino juega la función de proteger la precaria identidad masculina. Con la dependencia y sumisión de las mujeres los hombres pueden

negar su fragilidad intrínseca y su dependencia de ellas, a la vez que compensar su sometimiento a otros más poderosos.

La familia es considerada el único lugar en que las mujeres pueden ejercer poder. Su función insustituible es la crianza y socialización de los hijos, les provee de satisfacciones y compensaciones a las múltiples renunciaciones y restricciones que acompañan al desarrollo de la identidad femenina y al ejercicio de su rol. A causa de su propio sometimiento, de su dependencia y de la interiorización de la desvalorización de que ha sido objeto, la mujer constituye la transmisora ideal de un sistema de valores.

El miedo al éxito podría ser descrito como una inhibición femenina a realizar todo tipo de actividades asertivas, fuera del rol maternal. Ello entrañará un bloqueo de todo comportamiento competitivo y de toda ambición manifiesta en el terreno profesional. La culpabilidad suele adueñarse de muchas mujeres cuando intentan autoafirmarse en el mundo masculino, bloqueando su actividad a múltiples niveles. Ellas han estado habituadas a inhibir los comportamientos agresivos, que en cambio, son imprescindibles para desenvolverse en el mundo competitivo de las relaciones laborales y, además, las frecuentes cortapisas a su autonomía las ha dejado con gran carencia de autoestima.

La necesidad de amor se manifiesta siempre como prioritaria en las mujeres. Por ello, todo lo que, en su fantasía o en la realidad, pueda ponerlo en peligro debe ser evitado.

El miedo a las críticas, a la humillación, a la posibilidad de fracaso se encuentra mucho más acentuado en las mujeres, así como la necesidad de constantes apoyos y las dudas permanentes en torno a su calidad de trabajo. Es así como las mujeres que devienen exitosas deben pagar la osadía debiendo alcanzar un modelo actualizado de la mujer perfecta: ser excelentes en todo, es decir una súper mujer.

Virginidad, monogamia, castidad han sido las prescripciones impuestas destinadas a controlar el cuerpo de las mujeres, como garantía del derecho sucesorio y para salvaguardar la identidad masculina, evitando así las comparaciones, los abandonos...,y obteniendo con ello la servidumbre de la mujer.

Pese a haberse ejercido el control más extraordinario y sin antecedentes sobre el cuerpo femenino, o quizá por el mismo, en términos semióticos, la mujer es ante todo y fundamentalmente, *un cuerpo*. Erotizado de placer, gestación y afectos, da amor, apoyo emocional, pasión... afectos que en tal caso se pueden normar y manipular. Hay que "cumplir las obligaciones conyugales". Ni los textos legales ni médicos se refieren a los afectos, sin embargo, allí se esconde de un lado el mal llamado poder de las mujeres; y de otro lado justificación de las otras violencias, las de la invisibilidad social, la de los estereotipos.

Al mismo tiempo, los afectos, nuestra capacidad de entrega y compromiso emocional nos hacen vulnerables al dolor, a la manipulación, a la violencia (por proteger a los hijos somos capaces de aceptar todo, o casi todo..). Allí sin duda radica nuestra debilidad pero también nuestra fortaleza. Millones de veces diariamente, las mujeres resisten silenciosamente a la pobreza, a las dictaduras, a la guerra, al arrasamiento ambiental y cultural. También sin disparar un solo tiro, vienen protagonizando una revolución para recomponerse como sujetos de derechos.

Al fin de cuentas, la historia no ha sido escrita por los negros, ni por los indígenas, ni por los pobres, ni por los discapacitados; mucho menos por las mujeres.

2.3. El Cuerpo Femenino Como Cuerpo de Otros.

Mucho se ha estudiado cómo la diversa relación de los géneros con el cuerpo tiene efectos simbólicos en la asociación de la mujer con la naturaleza y del hombre con la cultura (Serret, 1997).

La mujer desde siempre, en todas las mitologías, en todas las religiones, en todo o casi todo discurso médico e ideológico, incluyendo la mayoría de los discursos feministas (poético, literario, antropológico), se define de entrada por su cuerpo. Esto es algo más que una obviedad; no quiere decir sólo que se definan hombres y mujeres por una diferencia corporal que los designa en términos contrastantes, sino porque a las mujeres se les define por su cuerpo, - un cuerpo que sangra, que pare y que amamanta -, mientras que a los hombres suele definírseles por su capacidad de raciocinio. Al respecto, Lagarde (1997) considera que en la cultura patriarcal que vivimos, la mujer se define por su sexualidad, frente al hombre que se define por su trabajo. Las mujeres se relacionan vitalmente en la desigualdad: requieren de otros – los hombres, los hijos, los parientes, la familia, la casa, los compañeros, los amigos, las autoridades, la causa, el trabajo, las instituciones -, y los requieren para ser mujeres de acuerdo con el esquema dominante de feminidad. Esta dependencia vital de las mujeres con los otros se caracteriza, además, por su sometimiento al poder masculino, a los hombres y a sus instituciones.

Así mismo, Hernández (1997), comenta que uno de los mecanismos centrales de la subordinación de las mujeres es y ha sido el control del cuerpo por parte de los otros, llámese esposo, padre o médico. Cuerpo en tanto categoría cultural, que nos permite comprender nuestra sociedad y su propia historicidad. La relación que establecemos con el cuidado del cuerpo, forma parte de nuestra propia manera de hacer cultura y sociedad.

“El ser considerada cuerpo para otros, para entregarse al hombre o procrear, ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya

que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros, con la función específica de la reproducción” (Lagarde, 1997).

Así, la misma autora considera que la condición de la mujer es una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico. Dicha condición está constituida por el conjunto de relaciones de producción, de reproducción, por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia, por las formas en que participan en ellas, por las instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman, y por las concepciones del mundo que las definen y las interpretan.

CAPÍTULO 3. EL ÁREA DE LA SALUD

El hecho de que el médico solamente actué como científico y de que despersonalice al paciente convirtiéndolo en un objeto biológico de conocimiento, mina la base de la consulta médica, deforma su desarrollo y limita sus frutos.

Martínez Cortés

Desde el punto de vista biológico, la salud significa equilibrio y armonía entre las diversas funciones orgánicas, adaptación al medio y resistencia a factores morbosos. Desde el punto de vista ecológico, la salud se concibe como la óptima capacidad del individuo para su continua adaptación al medio ambiente en todos los niveles. Psicológicamente, en la salud intervienen la capacidad intelectual y la de vivir la vida y no ser vivido por ella. La salud también se equipara al equilibrio que resulta del ajuste del organismo con las fuerzas tendientes a su alteración. No es una relación pasiva entre organismo y factores que pudieran afectarla, sino una respuesta de naturaleza activa. En 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el estado completo de bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez (López, 1993).

3.1. Psicología de la Salud.

La salud no sólo depende de lo que el sujeto tiene o no tiene, sino también de lo que hace o deja de hacer. En este sentido, las prácticas individuales y culturales que se adoptan para potenciar ese estado de bienestar físico y psíquico que es la salud, está íntimamente relacionada con el modo de entenderlo y explicarlo. Es el modelo biopsicosocial el que permite abordar adecuadamente el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, ya que sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y la enfermedad, además de destacar la importancia de la relación entre el médico y el paciente.

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Ortega, Torres y Salguero (1998), estiman que el campo de acción de la psicología de la salud considera aquellas investigaciones que abordan diferentes problemas en el ajuste de los pacientes a la enfermedad o a los tratamientos médicos. Ello implica retomar el problema relacionado con la aceptación y el ajuste de su familia para con la condición del paciente, toda vez que las actitudes de aquella estarán determinadas por el tipo de enfermedad que éste padezca. Es conveniente, entonces, que en cualquier trabajo de investigación sobre salud se conozca el contexto psicológico donde se lleva a cabo y se retomem las pautas éticas que rigen a los trabajos de investigación con los seres humanos. Entre otras se encuentran: el consentimiento informado de los participantes, la selección de los participantes en las actividades de investigación, la confidencialidad de los datos y los procedimientos de evaluación e investigación patrocinada por una institución extranjera

3.2. Terminología Médica.

Estudiar la salud sexual y reproductiva de las mujeres no es sencillo puesto que para comprender mejor el tema es necesario conocer y entender una serie de términos comunes en medicina, especialmente en ginecología. A continuación se presentan los conceptos y definiciones de algunos de los términos más utilizados al hablar de salud sexual y reproductiva femenina, mismos que fueron mencionados durante el trabajo de campo y es en este apartado donde radica su importancia (Delp y Manning, 1975; García, 1996; Harrison, 1987; Lazcano y cols., 1993; Morris, 1967; Ortega, 1990; Diccionario Terminológico de Ciencias

Médicas, 1983; Folleto informativo: Minutips, exámenes necesarios para toda mujer).

Aborto: Pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable. Expulsión o extracción de un embrión o feto de menos de 500g. de peso o menos de 22 semanas de gestación.

Asistencia Ginecológica Interconcepcional: Higiene y prevención en una mujer durante sus años fértiles, entre sus embarazos y seis semanas después del parto. Deben realizarse pruebas de papanicolao para detección del cáncer cervical, examen de mama y pelvis, evaluación del estado general y determinación de glucosurina, proteinuria, hematócrito y hemoglobina; todo ello de forma habitual. Pueden ser necesarias pruebas para determinación de infecciones pélvicas, vaginales o genitales. El método debe ser revisado en cuanto a indicaciones de uno u otro, conveniencia de uso, etc. La periodicidad de este tipo de exámenes debería ser anual.

Biopsia: Toma de una muestra de tejido para su estudio.

Calidad de la atención: En el área de la salud, los servicios deben responder a las necesidades de salud integral de las usuarias ofreciéndoles un trato respetuoso de su dignidad y con la mayor calidad técnica posible. El motivo de consulta debe ser resuelto oportunamente considerando costos accesibles. Un servicio de salud es de calidad cuando toma en cuenta el conocimiento que tienen las usuarias sobre sus propios procesos de salud, fomenta su autoestima y autonomía para decidir sobre su propio cuerpo, y propicia el conocimiento y ejercicio de su derecho a la salud. Asimismo, una atención con calidad y perspectiva de género promueve la participación equitativa y consciente de los varones en los procesos de salud sexual y reproductiva.

Cáncer cérvico uterino: Tumor maligno de origen desconocido que se genera en el cuello del útero y que consiste en el desarrollo de abundantes células anormales de crecimiento desordenado.

Cérvix: Cuello del útero o matriz. Cilindro de unos 3 cm. de longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.

Colcoscopía: Observación con una óptica de aumento del cérvix y vagina.

Desórdenes hormonales: Alteración, trastorno, irregularidad, especialmente funcional.

Embarazo: Estado fisiológico que incluye desde la fecundación hasta el momento del parto con una duración de 280 días o 40 semanas más o menos 15 días. El diagnóstico del embarazo puede realizarse mediante exploración clínica o utilizando procedimientos de gabinete y laboratorio.

Embarazo ectópico: Extrauterino: embarazo que se localiza fuera del útero (generalmente en la trompa de Falopio: embarazo tubárico).

Enfermedad venérea: Grupo de enfermedades, dentro de las de transmisión sexual, de declaración sanitaria obligatoria.

Enfermedades de transmisión sexual: ETS. Incluyen las enfermedades venéreas clásicas (sífilis, gonorrea, chancro blando y linfogranuloma inguinal) y la tricomoniasis, candidiasis, infecciones genitales inespecíficas, clamidias, papiloma virus humano, herpes, SIDA, hepatitis, etc.

Espéculo vaginal: También conocido como pato. Instrumento en forma de embudo que se introduce en la vagina para su exploración y la del cérvix. Es un instrumento destinado a dilatar la entrada de ciertas cavidades y mantener

separadas las paredes de las mismas con objeto de examinar su interior directamente o por medio de superficies de reflexión propias del instrumento.

Espejo vaginal: Superficie pulimentada que refleja la luz y las imágenes situadas delante de la misma. Este instrumento se utiliza en ginecología para revisar el interior de la vagina.

Examen ginecológico: También conocido como examen de los genitales femeninos. Se recomienda practicarlo al final del examen físico, ya que requiere de la paciente la adopción de posturas especiales, equipos diferentes y la presencia de una enfermera durante el procedimiento. Se realiza con la finalidad de recolectar muestras para examinarlas y descartar la posibilidad de infecciones, para realizar la prueba del papanicolao, o determinar un embarazo. Los instrumentos necesarios para la realización del examen son: linterna o lámpara, guantes estériles, espátulas corrientes, aplicadores estériles, parafina líquida o lubricante, láminas y tubos con medio de cultivo, frascos con solución fijadora y mechero de alcohol, espéculo vaginal y espátulas especiales para toma de muestras y dispositivos para apoyo de los pies.

Exámenes de laboratorio: Se le llama así al vasto conjunto de exámenes que del paciente o sus productos, se hacen en gabinetes especialmente dotados y que se conocen con el nombre de laboratorios.

Exploración: Inspección o investigación, en especial como medio para diagnóstico de la enfermedad, calificada, según los métodos utilizados, como física, citoscópica, etc.

Examen del estado de un paciente mediante procedimientos físicos comunes, como inspección, palpación, percusión y auscultación.

Fibroadenoma: Tumor benigno nodular frecuente en la mama, también en ovario, endometrio y endocérvix.

Flujo vaginal: Secreción genital que puede ser normal o patológica como síntoma de alguna alteración.

Ginecología: Rama de la medicina especializada en la asistencia sanitaria de la mujer, particularmente en lo referente a su función sexual y reproductora y las enfermedades de los órganos genitales, exceptuando las mamas.

Hipertrofia: Desarrollo exagerado de los elementos anatómicos de una parte u órgano sin alteración de la estructura de los mismos que da como resultado el aumento de peso y volumen del órgano (aumento de tamaño excesivo de mamas).

Histerectomía: Operación de extirpar parcial o totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

Infecciones vaginales: Se caracterizan por picor o quemazón vaginal, olor desagradable o secreción abundante. El diagnóstico de infección se realiza mediante la exploración y las pruebas de laboratorio pertinentes.

Entre las infecciones ginecológicas más frecuentes se encuentran la vaginitis y las infecciones por hongos, como la candidiasis, o la tricomoniasis (producida por la *trichomonas vaginalis*). En la *vaginitis* aparece una secreción amarillenta o verde grisácea de olor desagradable. Existe una sensación de picor y dolor al orinar y con las relaciones sexuales. El tratamiento de la vaginitis consiste en antibióticos orales, cremas y supositorios vaginales, y duchas antibacterianas. En las *infecciones por hongos*, la secreción es blanquecina y espesa, acompañada en ocasiones de un picor intenso; el tratamiento consiste en cremas o supositorios vaginales de antibióticos. En la *tricomoniasis*, la secreción es más líquida y de color blanco verdoso o gris, puede haber picor así como dolor, enrojecimiento y olor pestilente. El tratamiento más eficaz son los antibióticos orales.

La *endometriosis* es una enfermedad importante en la que cada ciclo menstrual repercute sobre el tejido endometrial fuera de su localización habitual dentro de la cavidad uterina. Este endometrio puede localizarse en cualquier órgano pélvico, produciendo dolor y hemorragia menstrual abundante; se pueden producir adherencias en los órganos afectados. En el tratamiento pueden ser necesarios la cirugía, y, durante la época reproductiva, fármacos como las píldoras anticonceptivas.

La *cistitis* es la infección de la vejiga urinaria; se caracteriza por la necesidad imperiosa de orinar con frecuencia, sensación de quemazón al orinar, calambres, dolor abdominal bajo y alteraciones en el color de la orina, que se vuelve turbia o sanguinolenta. La cistitis es más frecuente en las mujeres que en los hombres; es consecuencia de una infección bacteriana. El tratamiento consiste en la administración de antibióticos.

Infección pélvica o enfermedad inflamatoria pélvica: Cualquier infección que afecte a los órganos pelvianos femeninos. En general, se producen por la diseminación de una infección bacteriana originada en el cérvix uterino. Los síntomas agudos incluyen intenso dolor pelviano, fiebre, escalofríos, secreción y hemorragia vaginales. Sin embargo, en otras ocasiones sólo existe un dolor de espalda o abdominal leve, o el dolor sólo aparece con las relaciones sexuales. La enfermedad inflamatoria pélvica no tratada es una de las principales causas de esterilidad. El tratamiento depende de la gravedad y localización de la infección; se deben administrar antibióticos, analgésicos y reposo. Véase Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Inspección : Es el proceso de observación. Los ojos y la nariz son herramientas sensitivos para obtener datos durante el examen. Esta técnica puede continuar durante todo el proceso de obtención de la historia y el examen físico. Cuando se utiliza algún instrumento se nombra inspección indirecta o instrumental. La

inspección es utilizada para obtener datos relativos a: sitio, posición, forma, volumen, estado de la superficie y movimientos.

Interrogatorio: Es la serie ordenada y lógica de preguntas que se dirigen al paciente o a sus familiares con la finalidad de ilustrar al médico sobre aquellos datos que no se pueden detectar por la observación personal del paciente. Los datos solicitados son relativos a los antecedentes hereditarios y personales, costumbres y género de vida, principio y evolución de la enfermedad actual hasta el momento en que se examina al enfermo, síntomas subjetivos actuales, medios empleados para combatir el padecimiento y resultado obtenido.

Intervención: Estudio epidemiológico para poner a prueba la relación entre determinado factor y una enfermedad mediante eliminación o modificación de dicho factor.

Láser: Tipo de maser (luz amplificador y generador atómico) que se aplica en cirugía y biología.

Legrado: Desprendimiento con el dedo, o dedos, de los restos placentarios o de caduca que han quedado retenidos, después de un aborto.

Mamografía o mastografía: Radiografía de glándulas mamarias, con la que se detectan cánceres, dos o tres años antes de sentirlos con las manos. Por más pequeños que sean los tumores, se pueden diferenciar los benignos de los cancerosos. Se debe realizar por primera vez entre los 35 y 39 años de edad, después una cada dos años entre los 40 y 49, dependiendo de los factores de riesgo; y una cada año, después de los 50.

Maternidad sin riesgos: Se refiere al derecho de vivir una maternidad saludable, entendiéndose con ello que se deben cubrir una serie de condiciones sociales, culturales y médicas que permitan identificar y prevenir oportunamente riesgos o

síntomas de riesgo en el embarazo. La vivencia de una maternidad saludable necesita la participación social, familiar y la de las propias embarazadas. Asimismo implica la responsabilidad de promover una cultura que motive la asistencia a los servicios de salud, para recibir una atención oportuna y adecuada.

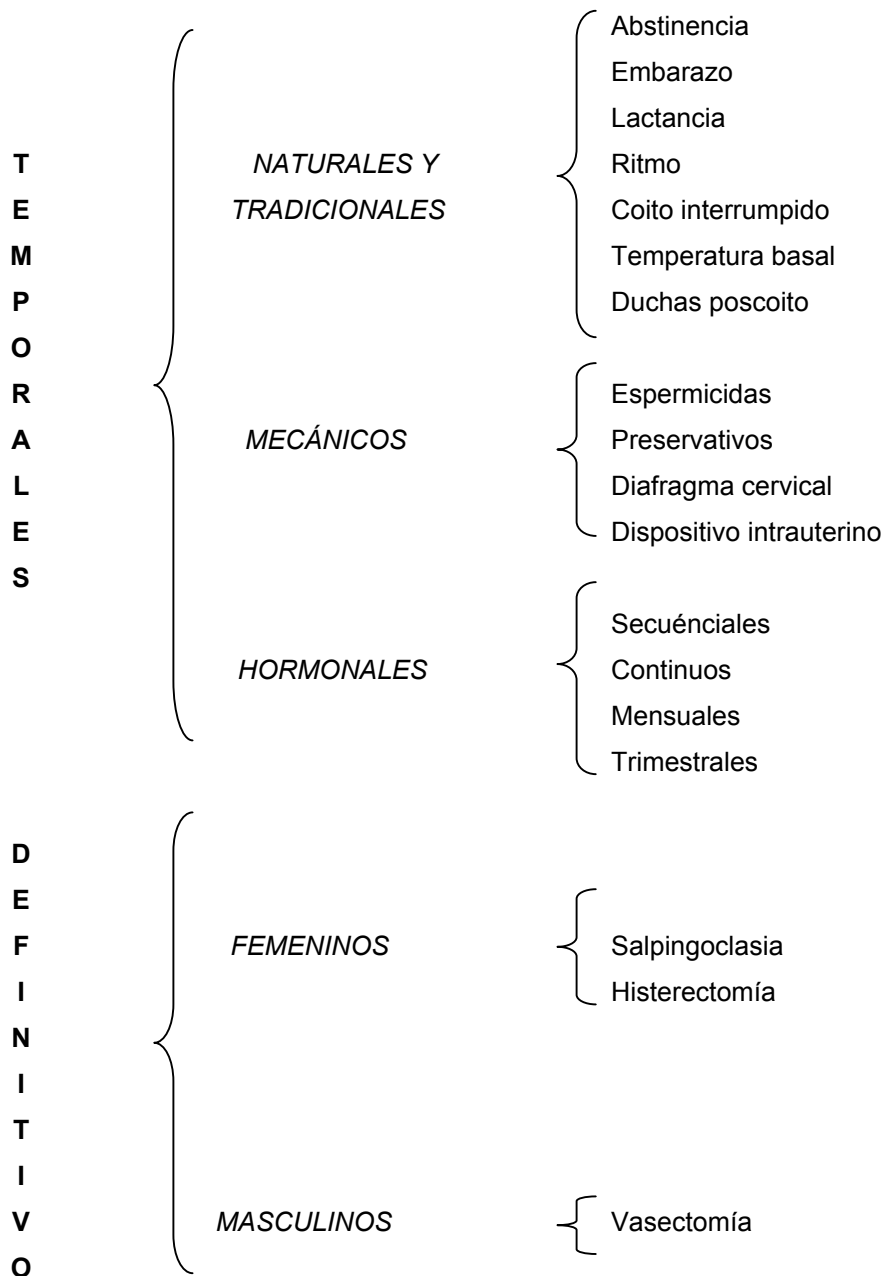
Menorragia: Flujo menstrual excesivo, en contraste con la metrorragia, que es una hemorragia uterina sin relación con los períodos menstruales. Se han señalado varias causas posibles de la menorragia, como la disfunción de las hormonas relacionadas con el ciclo menstrual, deficiencias en las coagulaciones de la sangre o algún factor emocional o psicológico.

Menstruación: Flujo periódico de sangre que experimentan las mujeres en los años de madurez sexual y los cambios relacionados con él que se producen en el cuerpo durante ese tiempo.

Métodos anticonceptivos: Cualquier procedimiento que impida la fecundación.

Métodos contraceptivo: Es aquel que evita o impide el desarrollo del embarazo del embarazo después que se ha llevado a cabo la fecundación.

La división de los métodos mencionados se presenta a continuación.



Mioma uterino. Fibroma. Leiomioma. Tumor muscular benigno del útero.

Morbimortalidad: Se refiere al número de enfermas y fallecidas en una población, un lugar y un tiempo determinados. Es una palabra compuesta por dos expresiones; la primera referente a lo mórbido o sea a la enfermedad, y la segunda referente a la mortandad o sea a las muertes.

Operación: Cualquier acción que realiza el cirujano, con instrumentos o con sus manos. Procedimiento quirúrgico (cirugía).

Operación cesárea: Operación quirúrgica que se efectúa para extraer el feto cuando el parto normal es peligroso o bien imposible debido al estado de la madre, al tamaño del niño, entre otros. Se realiza por medio de una incisión (cortes) a través de la pared abdominal hasta el útero.

Ovarios: Uno de los desarreglos del ovario es la formación de quistes, sacos que contienen materia líquida de origen glandular de diversas clases y que pueden desarrollarse hasta un tamaño considerable.

Ovario poliquístico: Degeneración quística del ovario con anovulación y persistencia de múltiples folículos.

Palpación: Comprende el uso de las manos y dedos para obtener información a través del sentido del tacto. Se colocan los dedos con ligera presión en la superficie corporal, para determinar la consistencia de las partes subyacentes durante el examen físico. Esta técnica nos suministra datos relativos a: sitio, posición, forma, volumen, estado de la superficie, movimientos, consistencia, dolor y temperatura.

Papanicolao: Prueba de Diagnóstico Temprano de Cáncer cervicouterino. Esta prueba consiste en el análisis histopatológico de las células descamadas de la superficie cervical y se debe practicar sin estar menstruando, sin haber tenido relaciones sexuales 48 horas antes, sin duchas vaginales o aplicación de medicamentos en la propia vagina 48 horas antes. La mujer debe hacerse un examen anual a partir de los 18 años, o antes si es sexualmente activa. La mujer con alto riesgo de cáncer cervical, debe hacerse el examen con mayor frecuencia (cuando menos cada seis meses). Este grupo incluye mujeres con ciertos tipos de virus, las que iniciaron vida sexual antes de los 18 años, y las que han tenido

múltiples compañeros sexuales, o cuyos compañeros han tenido muchas parejas. Esta prueba se efectúa mediante la obtención de células endocervicales del cuello, la porción superior de la vagina, con una espátula de madera: las células cervicales suelen extraerse con un aplicador de punta de algodón, se aplica fijador a la muestra colocada en un portaobjetos, y se le envía al laboratorio, en el que se tiñe y examina al microscopio en búsqueda de células atípicas. La prueba detecta la presencia de células cancerosas en el cuello del útero hasta en un 90 %.

Parto: Es la expulsión de los productos de la concepción entre las semanas 38 y 42 a través del conducto vaginal. Cuando la expulsión es entre las semanas 28 y 36 es el parto prematuro y parto posmaduro ocurre cuando la expulsión sucede después de la semana 42.

Planificación familiar: Incluye la libertad que tiene la pareja para concebir el número de hijos que desea en forma voluntaria; la paternidad responsable; educación sexual; procedimientos anticonceptivos; logro de embarazo.

Proveedoras de servicios de salud: Son tanto las instituciones públicas o privadas que ofrecen servicios de salud, como todo el personal que labora en ellas.

Reproducción: Proceso por el cual un organismo o entidad viva produce un nuevo individuo del mismo tipo.

Salpingoclasia: Procedimiento de esterilización definitiva en la mujer, consiste en interrumpir la continuidad de las trompas de Falopio con diferentes técnicas y vías de acceso.

Tacto: Palpación o exploración de una cavidad con el dedo o dedos.

Tumor: Es una masa de células que recuerdan al tejido ordinario y que se desarrollan independientemente como crecimiento nuevo, sirviendo a ninguna función útil. Un gran número de tumores no tienen efectos dañinos excepto en que producen presión debido a su crecimiento, y son llamados simples, benignos o inocentes. Sin embargo, un tumor maligno no sólo ejerce presión en el tejido adyacente, sino que también lo invade y lo destruye.

Ultrasonido: Ondas cuya frecuencia rebasa el límite de los sonidos audibles. Ecografía; Método exploratorio por aplicación de ondas ultrasónicas.

Útero: Matriz. Órgano muscular periforme entre el recto y la vejiga cuya misión es recibir y mantener el embarazo.

Violación: Acto en el cual usando la fuerza se obtiene satisfacción sexual a expensas de una víctima involuntaria, generalmente una mujer.

3.3. Relación Médico – Paciente.

Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo.

La relación medico-paciente según Schneider (1986) es el principal tema de estudio de la psicología médica y depende tanto de la estructura psicológica y la afección que sufre el enfermo, de la estructura psicológica y el objetivo que el médico quiere alcanzar con su tratamiento como de la situación actual dada.

En el área de salud, cuando el médico obtiene los antecedentes debe de comprender que la paciente tiene un conjunto de experiencias únicas y ciertas actitudes culturales fijadas acerca de su cuerpo y sexualidad. Las experiencias interactúan con las actitudes y mitos culturales sobre el sexo para producir una respuesta hacia el médico y el examen físico. Aunque quizá sus experiencias y actitudes no son agradables o incluso socialmente aceptables, incluyen facetas

importantes de personalidad; también influyen sobre la forma en que el paciente presenta sus antecedentes médicos, responde al examen físico y participa en su tratamiento (Daly y Hotelling, 1991).

Lain (1983) define la relación médica como la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el paciente, por el hecho de haberse uno y otro encontrado. Dicha vinculación depende, ante todo, de los móviles que en el enfermo y el médico han determinado su mutuo encuentro. Además, reconoce cuatro momentos en la relación médica antes señalada:

- ψ **Momento cognoscitivo:** La configuración cognoscitiva de una relación cuasi-diádica entre el médico y el enfermo es el *diagnóstico*.
- ψ **Momento operativo modificador:** Es la ejecución de los actos propios del *tratamiento*; ingestión o inyección de fármacos, administración de agentes físicos, prácticas dietéticas, técnicas psicoterapéuticas o intervenciones quirúrgicas.
- ψ **Momento afectivo:** Lazo afectivo que posee una trama personal y cualitativamente heterogénea que une a dos personas y permite que se relacionen mutuamente desde dos situaciones vitales (una en cuanto al enfermo, otra en cuanto al médico) muy diferentes entre sí. El enfermo pone su aflicción y confianza en la persona que va a atenderle y el médico su voluntad de ayuda técnica. Los griegos lo llamaban *philia* (amistad) y los psicoanalistas lo reconocen como transferencia.
- ψ **Momento ética-religioso:** Descansa sobre la visión religiosa del mundo que tenga el médico, arraigada más o menos en una determinada posición del espíritu frente al problema último de la religión.

Lain (1983), Schneider (1986) y Jinich (1998) reconocen que la relación médico-paciente está influenciada según: la enfermedad, la especialidad del médico, el sexo del médico, el status y rol social, el motivo de consulta, el examen físico, el examen de laboratorio, la práctica quirúrgica, así como la comunicación que se establece con el paciente.

Enfermedad: El médico modifica su actitud y conducta no sólo según las características del enfermo, sino también teniendo en cuenta aspectos de la enfermedad que está atacando. En estados de urgencia por ejemplo el médico debe ante todo hacer con rapidez un diagnóstico exacto para emprender un tratamiento, sostener al paciente, tranquilizarlo, reconfortarlo y saber prevenir sus angustias, en especial en lo que atañe a la muerte.

Especialidad del médico: Dentro del campo médico existen un sin fin de especialidades y según la especialidad del médico será la atención hacia el paciente, el tratamiento y seguimiento de sus enfermedades y la relación que se establezca con el mismo. Por ejemplo, la práctica pediátrica involucra la participación de los padres del paciente, es decir, existen intermediarios en la relación médico-paciente; en el caso de los ginecólogos u obstetras es una relación más íntima dadas las características de la especialidad.

Sexo del médico: Entre los enfermos, pocas son las mujeres que rehusan examinarse por un hombre, incluso en ginecología. En cambio, muchos hombres, en los países occidentales, no quieren consultar a una mujer médico o experimentan una molestia en hacerse examinar por ella. Se piensa que frente al médico la mujer puede representar muy bien un rol de seductora sin gran peligro, puesto que, hasta cuando se desnuda, no presenta una manifestación evidente, que pueda ser sentida como catastrófica, de deseo, ya sea consciente o inconsciente; mientras que el hombre, frente a la mujer médica, sí se olvida del médico para pensar en la mujer, se encuentra en una situación peligrosa. Su rol, al menos tal como lo concibe la sociedad, deberá ser activo respecto de una mujer

que se dejaría seducir. Frente a la mujer médico, el hombre se ve reducido a un rol pasivo frente a una mujer activa; a la inversa, vemos que la mujer, frente a un médico hombre, se halla en una situación mucho más acorde con el esquema convencional de las relaciones amorosas.

Status y rol social: El status es definido por la persona o el conjunto de los sujetos que lo reclaman. Cuando lo admiten, es institucionalizado y tiende a fijarse en la tradición. Determinadas marcas exteriores pueden señalar un status profesional. El status en cierta manera, determina la jerarquía de una sociedad y adquiere un valor de prestigio. Por otra parte, el rol comprende las actitudes, los valores y las conductas asignados por la sociedad a cualquier persona que ocupe ese status. En cuanto representa la conducta manifiesta, el rol es el aspecto dinámico del status, lo que debe hacer un individuo para confirmar su derecho a un status. Los factores que determinan la elección de un rol pueden ser individuales (edad, sexo, características psicológicas) y sociales (etnia, raza, religión).

Algunas de las características que pueden distinguirse en el status y rol del médico son:

- ψ La competencia técnica.
- ψ La actitud universitaria.
- ψ La especificidad funcional: competencias, privilegios y obligaciones en el campo de la medicina.
- ψ La neutralidad afectiva: relaciones de autoridad y dependencia entre el médico y el paciente, la relación médica se diferencia claramente de las relaciones de amistad, familiares, amorosas, profesionales, etc.
- ψ Actitud altruista y desinterés: el desinterés que debe tener el médico resulta de la vulnerabilidad que adquiere su enfermo frente a él.

Motivo de la consulta y de la visita al médico: En la mayoría de los casos los motivos de la consulta, son evidentes y claros y no plantean problemas psicológicos. El enfermo sufre y el médico debe responder, según sus modalidades que ya conocemos, a esta demanda de asistencia. Sin embargo, en cierta cantidad de situaciones los motivos de consulta no parecen tan evidentes para el médico y depende mucho de la habilidad del mismo para tratarlos.

Examen físico: El examen físico no posee la misma significación para el médico que para el enfermo. Para el primero, se trata de determinar las zonas patológicas mediante un examen. Para el segundo, indudablemente tiene el mismo sentido, pero por lo común es una fuente de ansiedad e inquietud. Por consiguiente, es necesario tranquilizar al paciente, salir al paso de su ansiedad y si es preciso darle explicaciones tan exactas como sea posible sobre lo que pasará y sin engaños.

Este examen permite un contacto estrecho entre el médico y el paciente por lo que es conveniente no retrasarse demasiado en el examen de un órgano o dar explicaciones al paciente y tranquilizarlo, así como prestar atención en sus propias reacciones que el paciente puede interpretar y de las que no se atreve a hablar.

Examen de laboratorio: Este tipo de exámenes es preferible explicar por qué se los hacen ya que es la mejor manera de prevenir las reacciones ansiosas, sobre todo cuando se deben repetir exámenes debido a que no se pudieron dar resultados válidos.

Práctica quirúrgica: El cirujano ejerce una profesión que entraña importantes riesgos, en particular riesgos de mortalidad operatoria y postoperatoria. Por esta razón no siempre puede identificarse con su enfermo, como lo hace otro médico. Si lo hiciera de una manera estricta, le sería muy difícil operar, por consiguiente ejercer su profesión. En efecto, el enfermo debe convertirse en un momento dado, en todo caso durante la operación, en un objeto que el cirujano debe manipular sin verse dificultado por movimientos afectivos más o menos conscientes que

provendrían de la identificación con un ser humano. Es por esto que el enfoque psicológico del enfermo por el cirujano es distinto del de los otros médicos.

Comunicación (mirada, expresión verbal y no verbal, contacto manual, relación instrumental, empatía):

ψ **Mirada:** la mirada se considera un factor importante ya que es por medio de ésta que se establece el primer contacto de expresión e intención con los pacientes, es decir, el primer medio de comunicación entre el médico y el paciente. Así también, el paciente puede interpretar las miradas, del médico como retadoras, envolventes, concesivas, irónicas, despectivas, petitivas, efusivas, autodonantes, etc., dicha interpretación será de mucho peso en la percepción de la atención médica que recibe el paciente.

Se dice además que también influye en la mirada lo que se mire, no es lo mismo mirar a los ojos, mirar una parte específica del cuerpo, sentir que miran nuestra alma o bien ni siquiera percibir una mirada.

ψ **Expresión verbal y no verbal:** la palabra es el segundo paso después de la mirada; el diálogo entre el paciente y el médico es considerado a la vez y siempre diagnóstico y terapéutico ya que es sacra para quien la pronuncia porque se da un nombre a la realidad y mágica para quien la escucha porque modifica a distancia. El lenguaje verbal del médico involucra aspectos importantes como: interrogaciones, indicaciones, orientación, sugerencias, ordenes, silencios; que ayudaran a que se establezca y mantenga la comunicación con el paciente. Al mismo tiempo todo lo que el médico haga y sea susceptible de interpretarse por el paciente facilitará o bloqueará la comunicación.

ψ **Contacto manual:** el médico se ve obligado a examinar el cuerpo del enfermo por medio de los tres procedimientos clásicos de la exploración manual: la

percusión, el tacto y la palpación. Los dos modos intencionales de tocar el cuerpo humano son: en primer lugar tocar y palpar el cuerpo como cuerpo objetivo, como materia inerte y el segundo modo, es como cuerpo personal o morada viviente de una persona y en la estructura del fenómeno táctil se integran un momento cognoscitivo, otro operativo y finalmente un afectivo.

En el momento cognoscitivo se estructura el conocimiento teórico, en el momento operativo se lleva a la práctica lo estructurado en el primer momento para determinar las características del cuerpo explorado. En el tercer momento el tocamiento debe ser como una caricia desinteresada, es decir brindar al paciente una vivencia de autoafirmación, de relajación, de alivio y compañía y finalmente de placer, pero no un placer con tintes eróticos y/o sexuales.

- ψ **Relación instrumental:** los instrumentos exploratorios por sí mismos son recursos técnicos para la ampliación de las posibilidades cognoscitivas y operativas del médico, algo con lo cual se prolongan y afinan los ojos y las manos del mismo.

- ψ **Empatía:** este fenómeno tiene lugar en el curso del diálogo entre el médico y el paciente, éste se siente conmovido y sacudido por la convicción íntima de haber sido comprendido, de no encontrarse ya solo en su sufrimiento. Uno y otro, médico y paciente, experimentan unos minutos de paz y alegría, sin dejar por ello de compartir la tristeza por el sufrimiento, por el padecer, que fue de su unión en esa experiencia trascendental.

De la Cuesta (1999), reconoce la labor desempeñada en el estudio de la relación entre el médico y el paciente donde se hace hincapié en la importancia de la subjetividad de los pacientes, así como la diversidad de creencias y significados. Por su parte, Jasis (1997) resalta también que la relación interpersonal es un elemento central en la calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva, reflejada en la salud integral de la mujer.

3.4. Salud de la Mujer.

Mechanic (1978) refiere que la conducta enferma incluye la percepción, interpretación y etiquetado de los síntomas, la asunción del rol del enfermo, la búsqueda de ayuda médica y el uso de servicios sanitarios (En: Bosch y Ferrer, 2001).

El proceso por el cual un individuo se define como enfermo y decide actuar para la atención de sus síntomas, depende de qué tan comunes y aceptados son tales síntomas en determinado grupo. Las expectativas sociales que se tienen de las mujeres están en estrecha relación con aquello que la misma mujer percibe, interioriza y define como enfermedad.

Las diferencias existentes entre los tipos de riesgo que afectan a la salud de hombres y mujeres son de dos clases: biológicas y sociales. Las primeras nacen de diferencias reales entre unos y otras en cuanto a su sistema reproductor, a sus hormonas y a su metabolismo, así como a su estructura ósea y muscular. Las diferencias sociales que afectan a la salud tienen su origen en la distinta forma en que tratan a hombre y mujeres en familias, grupos y sociedades a los que pertenecen (Newland, 1982).

Algunos estudios han demostrado que la forma en que la mujer interioriza y concibe su salud, está vinculada con aquello que le permite o no desempeñar sus funciones cotidianas. Otros estudios señalan que la misma formulación de informes estadísticos sobre la salud de las mujeres está influida por determinaciones de género. Algunos ejemplos de esto son:

- ψ Heridas por violencia doméstica.
- ψ Problemas mentales asociados con su discriminación, hostigamiento sexual, violencia física y psicológica en el hogar y el trabajo, baja condición social, trabajo no retribuido adecuadamente en términos sociales y económicos.

ψ Anemias crónicas, desnutrición y fatiga severa por falta de una buena nutrición y acumulada cantidad de obligaciones y deberes sociales que se asignan por el simple hecho de ser mujeres que traen como consecuencia mayor susceptibilidad a infecciones de aparato respiratorio y reproductivo; mayor vulnerabilidad al estrés y aislamiento social.

El hecho de que la mujer sea reconocida socialmente sobre todo por su función reproductiva (y no productiva), ha ocasionado que se le dé más atención al control y supervisión de esta función: embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la atención a la salud de las mujeres es un tanto contradictoria, ya que si bien el énfasis se ha puesto en asuntos relacionados con su reproducción, cada año son muchas las mujeres que sufren y mueren por complicaciones en el embarazo y parto, por falta de recursos para un mejor cuidado, inaccesibilidad a los servicios de atención a la salud, falta de recursos económicos y de apoyo social, ausencia de información, etc. Al respecto Newland (1982) opina que los riesgos del embarazo aumentan tanto en mujeres jóvenes (menores de 20 años) como en aquellas que sobrepasan los treinta, así también, en aquellas que tienen frecuentes embarazos; y por lo tanto es una amenaza para su salud.

Uno de los principales problemas de salud pública no sólo en la República Mexicana, sino en gran parte de América Latina es el cáncer cervico uterino, el más común del aparato reproductor femenino. Se desarrolla generalmente después de la menopausia, en mujeres entre 50 y 60 años y entre los factores potencialmente capaces de influir en la génesis del cáncer del cuello uterino, destacan como más importantes y mejor estudiados: el inicio precoz de las relaciones sexuales, la multiparidad vaginal, la historia de dos o más parejas sexuales, la menarquía tardía, la falta de higiene y la no circuncisión del varón (Balaguero, 1971).

Lazcano y cols. (1993), reportan que la tasa de mortalidad nacional por cáncer cervicouterino estimada para 1988 fue de 9.5 / 100 000 mujeres, mayor a

la estimada para el Distrito Federal (7.5), por lo que, de acuerdo con la población estimada para el año de 1990, cada año se registran aproximadamente 400 muertes por cáncer de este tipo en la Ciudad de México.

Newland (1982) considera que otro riesgo a la salud femenina aunque en menor grado que el embarazo y el parto, lo representa el uso de métodos anticonceptivos. Es el caso de los métodos anticonceptivos hormonales como la píldora, conllevan efectos secundarios (agravándose si existe consumo del tabaco), ya que pueden atenuar determinadas deficiencias nutritivas en mujeres mal alimentadas, pueden mitigar algunos problemas de nutrición tales como la anemia por insuficiencia de hierro y existe también una cierta correlación entre el uso de este anticonceptivo con la aparición de tumores hepáticos benignos. En cuanto al uso de anticonceptivos de barrera como el dispositivo intrauterino (DIU), lleva aparejado el aumento en la pérdida de sangre en la menstruación, así como infecciones. En el supuesto de que no se haya podido disponer de un método anticonceptivo o que haya fallado, muchas mujeres recurren al aborto y cuando este se practica en condiciones higiénicas deficientes o por parte de personal sin preparación entraña en las mujeres que recurren a él considerables riesgos de sufrir complicaciones o de morir.

Gómez (2000, en Sarduy y Alfonso, 2001) plantea que son las mujeres las que más utilizan los servicios de salud, y aunque el promedio de solicitud de atención sea mayor que el de los varones, ello no necesariamente significa o implica ventaja alguna, especialmente si se tiene en cuenta que tienen mayor necesidad de recurrir a los servicios de salud, derivada de su rol biológico (sobre todo en la etapa reproductiva). Además, en la medida en que suelen vivir más años, van requiriendo, consecuentemente, de atenciones especiales y diferenciales en el sector de la salud.

La responsabilidad por el bienestar de los otros implica montos de exigencia que limitan las oportunidades del disfrute de la salud por las mujeres y que

generan la aparición de malestares psicológicos que se expresarán en lo siguiente:

- ψ Mayor demanda asistencial sanitaria de las mujeres en comparación con los varones, con el grave riesgo de que los conflictos de la vida cotidiana sean tratados como síntomas de enfermedad mental.
- ψ Mayor demanda de atención psicológica y psiquiátrica.
- ψ Consumo tres o cinco veces mayor de medicación psicotrópica y tres veces más de analgésicos que los varones.
- ψ Agresividad que las mujeres dirigen hacia ellas mismas, lo que implica la alta frecuencia de depresión, culpa, desvalorización y conductas suicidas.

En la actualidad, la salud de las mujeres no puede ser vista sólo como un problema de mujeres, y menos aún como un problema de mujeres feministas. La salud de las mujeres tiene que ser tratada como un tema de derechos humanos y de ciudadanía, lucha en la que todos debemos estar comprometidos (Sarduy y Alfonso, 2001).

Las mujeres tienen menor acceso a remuneraciones y otros recursos para la salud, asociados a las condiciones de pobreza que restringen de manera desproporcionada dicho acceso. A su vez, ellas son las más afectadas por la reducción de los servicios públicos.

En el reciente Foro Mundial organizado por las Naciones Unidas en Beijing, las mujeres del mundo promovieron un cambio de enfoque, desde las tradicionales políticas que sólo consideran nuestro rol reproductivo; hasta la adopción de una perspectiva de género, de modo que las desigualdades sean tomadas en cuenta, para aplicar discriminación positiva, si es el caso, pero sobre todo, para recrear desde la salud un nuevo tipo de relaciones entre hombres y mujeres.

Los programas de salud en las comunidades también tienen presente el estereotipo de la maternidad como el atributo central de las mujeres. En la formación de recursos humanos de la salud, es necesario desarrollar un marco conceptual que identifique y organice de manera diferente la educación y la salud de las mujeres: es decir, que recupere, tanto en la investigación como en docencia una perspectiva de género (En: Campero, 1996).

Las metas del enfoque "mujer" se centran en mejorar su salud como inversión de capital, garantizando por esa vía la salud de su descendencia; en facilitarle su inserción al trabajo y aumentar su eficiencia para desempeñar las funciones productivas y reproductivas. Así también, están en reducir el desbalance de poder de acceso y uso de recursos y beneficios de la atención; desarrollando opciones autónomas de las mujeres para decidir sobre su vida, cuerpo y sexualidad.

Actualmente, la Secretaría de Salud a través del Programa de Salud Reproductiva, compuesta por tres elementos: Planificación Familiar, Salud Perinatal y Salud de la Mujer, se encarga en este último componente del estudio de:

- ψ Servicios integrados de atención a la mujer.
- ψ Prevención, diagnóstico, control y vigilancia epidemiológica de los cánceres Cérvico Uterino y mamario.
- ψ Estudio y manejo del climaterio y la menopausia.
- ψ Perspectiva de género en la salud reproductiva.

CAPÍTULO 4. DERECHOS Y ABUSOS EN LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES

Durante la infancia una hembra debe ser sometida a su padre, en la juventud a su marido y cuando su señor ha muerto a los hijos, una mujer no debe ser jamás independiente...

Leyes de Manú

La salud sexual está encaminada al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Según esta definición, implica la capacidad para reproducirse, tener un embarazo y parto seguros, llevar el proceso reproductivo a buen término, es decir, dar a luz a un niño sano, que crezca en buenas condiciones. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva (Alcalá, 1995).

La falta de acceso a la atención médica y la deficiente calidad en los servicios de salud han provocado que fallezcan cuatro mujeres al día por causas asociadas al embarazo y parto. El gobierno mexicano sigue reconociendo que 10

millones de habitantes no tienen acceso a ningún tipo de servicio sanitario. Ello se agrava porque el 60% de las muertes maternas intrahospitalarias son ocasionadas por algún factor relacionado con la atención profesional o con la capacidad resolutive de las unidades hospitalarias, según el Informe 1993 del Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal. Estamos hablando de las tragedias y muertes evitables, de aproximadamente 400 mujeres durante su proceso reproductivo en los hospitales del sector salud.

Con respecto al aborto, que es la cuarta causa de muerte materna, y que es considerado por las autoridades como problema de salud pública, el gobierno federal y los(as) legisladores(as) siguen evitando la discusión y revisión de su penalización, aún en casos relacionados con la salud de las mujeres, como por ejemplo las mujeres embarazadas portadoras del VIH-SIDA que desean interrumpir su embarazo. Según el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, se estima que ocurren 500 embarazos por año en mujeres infectadas, con una tasa de transmisión vertical de 25%.

Es limitada e insuficiente la información oficial sobre la aplicación de métodos anticonceptivos, tales como dispositivos intrauterinos (DIU) o ligadura de trompas, sin el consentimiento informado de las mujeres o bajo presión de parte del personal de salud de las instituciones del sector, a pesar de que las organizaciones de mujeres han constatado que la sufren muchas usuarias de los servicios médicos, sobre todo en el momento del parto y postparto que es cuando más indefensas y vulnerables se encuentran.

En una reciente investigación realizada por la Red de Mujeres de PRODUSSEP, organismo no gubernamental, y asesorada por Marcela Lagarde, se logró recabar el dato de que 17% de las mujeres encuestadas afirmaron que les fueron impuestos métodos anticonceptivos sin su autorización o bajo presión (se entrevistaron un total de 142 mujeres indígenas, campesinas y habitantes de colonias populares de diversas partes del país).

En el aspecto laboral se sabe que el examen de no gravidez es un requisito para solicitar empleo, aún en las instituciones gubernamentales. Esta violación se está presentando con mayor frecuencia en las empresas maquiladoras. Según un reporte de Human Right Watch que investigó mujeres de cinco ciudades (Tijuana, Chihuahua, Matamoros, Reynosa y Río Bravo) descubrió que en el proceso de entrevistar a las aspirantes a las plazas de trabajo, se les exigía realizarse el examen de embarazo, pruebas que realizaba personal médico de compañías contratadas por las empresas. Los entrevistadores con frecuencia intentan averiguar datos íntimos sobre la mujer, como si es sexualmente activa, o qué tipo de anticonceptivos utiliza. Cuando una mujer que trabaja para la maquiladora queda embarazada, los gerentes con frecuencia las reasignan a trabajos físicamente más difíciles, para presionarlas a que renuncien. Las mujeres afectadas por estas discriminaciones son las más pobres, menos experimentadas y menos educadas de la fuerza laboral. Al respecto, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal ha emitido recomendaciones para evitar que el examen de no gravidez sea un requisito laboral (recomendación 6/95 turnada a las Delegaciones Políticas Benito Juárez y Tlalpan, al Instituto de Capacitación y Desarrollo Social del Transporte Colectivo Metro y al Instituto de Formación Profesional de la PJDF) (En: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas).

Londoño (1996) considera que la dimensión sexual y reproductiva es mucho más que poder copular, descargar tensiones fisiológicas y prolongar la especie. Argumenta que estamos en posibilidades de experimentar una gama ilimitada de matices emocionales y de sensaciones así, como de ilusiones, fantasías y ensoñaciones. Desafortunadamente, en nuestra sociedad, la sexualidad se sigue asociando con malignidad y el tanto el erotismo como el placer, se asocian con pecado; negando además el goce sexual como valioso milagro para vivir mejor.

La vida sexual cotidiana de la población femenina muy corrientemente se vive con temor, dolor, presión, indiferencia, culpa y con el carácter de

deber/obligación, sin embargo, poseemos una capacidad sexual inherente a nuestra condición, con variaciones individuales, y por esto no tenemos que pedir permiso, excusas, autorizaciones ni perdones. El ejercicio de nuestra sexualidad es decisión y responsabilidad de cada quien, en tanto no genere daño a otras/os o al entorno; si la negamos por presiones o influencias ideológicas, negaremos parte de nuestra humanidad.

4.1. Derechos Sexuales y Reproductivos de la Mujer.

De los argumentos anteriores se desprenden los siguientes derechos sexuales y reproductivos femeninos propuestos por Londoño (1996); considerando que éstos son los derechos reproductivos mínimos que todas las mexicanas deberían poder ejercer.

1. *Derecho a condiciones ambientales, educacionales, nutricionales, afectivas y de salud apropiadas para el desarrollo de la vida humana.*
2. *Derecho al ejercicio autónomo de la sexualidad, a gozarla con o sin finalidad coital, de acuerdo con las propias preferencias y a la protección legal de las mismas.*
3. *Derecho a una sexualidad placentera y recreacional independiente de la reproducción. A usar contraceptivos gratuitos o a bajo costo con información actualizada, seguimiento, y el deber de quienes los prescriben de responder por sus efectos.*
4. *Derecho a conocer, respetar y amar el cuerpo y los genitales.*
5. *Derecho al amor, la sensualidad y el erotismo. A buscar afecto y relación sexual.*
6. *Derecho al orgasmo y a ser libres en la intimidad.*
7. *Derecho a la relación sexual independientemente de la edad, estado civil o modelo familiar, exenta de cualquier forma de violencia, abuso o acoso.*
8. *Derecho a la maternidad libre; a decidirla y vivirla por propia elección, y no por obligación.*

9. *Derecho de hombres y mujeres a participar con iguales responsabilidades en la crianza, reasumiéndola creativamente y a construir identidades propias más allá de los roles de género.*
10. *Derecho a una educación sexual oportuna, integral, laica, gratuita, científica y con enfoque de género.*
11. *Derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad que faciliten el cuidado integral de la gestación, el parto, el postparto, y la crianza, acompañados por legislaciones apropiadas.*
12. *Derecho a la adopción y al tratamiento para la infertilidad de tipo integral, asequibles y razonables.*
13. *Derecho a negarnos a facilitar investigaciones con nuestra función reproductiva, a estar informadas/os de manera comprensible sobre el alcance de la tecnología que la modifique, que debe regularse por una ética humanista.*
14. *Derecho a participar como ciudadanas/os y ONG´S, en la formulación e implementación de políticas y programas de población y desarrollo.*
15. *Derecho a no tener relación sexual.*

Sin embargo, la realidad está demostrando que, a pesar de los avances legislativos y de los programas de gobierno, dichos derechos se encuentran alejados de muchas mujeres, particularmente de las más pobres.

Los derechos sexuales y reproductivos son un cimiento del desarrollo. El descuido de la salud y de éstos, es la base de muchos de los problemas que la comunidad internacional ha identificado como urgentes, entre ellos la violencia, el abuso sexual y la violación de las mujeres y los niños, el VIH/SIDA, la mortalidad materna, el embarazo de adolescentes, los niños abandonados, las prácticas dañinas (tales como la mutilación genital femenina), el crecimiento de la población, el predominio de las mujeres y los jóvenes en los grupos pobres de la sociedad, y la violación de los derechos humanos fundamentales y de la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de la persona.

El objetivo de los derechos sexuales y reproductivos es mejorar la calidad de vida, forzar y reforzar cambios que nos vaya acercando a unos niveles evolutivos que nos faciliten el desarrollo integral de las personas.

No reconocer ni respetar los derechos sexuales y reproductivos es otra de las graves violencias que se ejercen, especialmente contra la población femenina.

Las últimas limitaciones se entienden derivadas de la ignorancia, poca capacidad de comprensión y fanatismo de algunos grupos humanos incapaces de trascender los dualismos reduccionistas.

4.2. Ámbitos Públicos y Ámbitos Privados de la Sexualidad Femenina.

A través de la socialización, los individuos interiorizan los atributos que socialmente se asignan a hombres y mujeres. Por ello, el género es un concepto central en la estructura de la persona y una categoría cognoscitiva que, con base en la construcción social de los sexos, estructura las ideas en torno a la naturaleza y la ciencia, a lo público y lo privado, a lo racional y lo irracional, a lo bueno y lo malo.

Sobre el cuerpo y la sexualidad históricos se han estructurado su subjetividad y sus posibilidades de vida como espacio para los otros. La historia de la mujer como género, ha sido hasta ahora la de un ser-de-los-otros. Y la pregunta entonces es: ¿hasta dónde llega lo público y lo privado del cuerpo femenino?. Desde el punto de vista de Rabotnikof (1998), lo público y lo privado tienen que ver con:

ψ **Lo colectivo vs individual:** Público alude a lo que es de interés o de utilidad común a todos, lo que atañe al colectivo, lo que concierne a la comunidad, en oposición a lo privado entendido como aquello que refiere a la utilidad e interés individuales.

- ψ **La visibilidad vs. el ocultamiento:** Público designa aquí lo que es visible y se despliega a la luz del día en oposición a lo privado entendido como aquello que se sustrae a la mirada, a la comunicación y al examen.

- ψ **Apertura vs clausura:** Público designa lo que es accesible, abierto para todos en oposición a lo privado, entendido como lo que se sustrae a la disposición de los otros. Público, es aquello que al no ser objeto de apropiación particular se encuentra abierto, distribuido.

En el área de salud, cuando el médico obtiene los antecedentes debe de comprender que la paciente tiene un conjunto de experiencias únicas y ciertas actitudes culturales fijas acerca de su cuerpo y sexualidad. Las experiencias interactúan con las actitudes y mitos culturales sobre el sexo para producir una respuesta hacia el médico y el examen físico. Aunque quizá sus experiencias y actitudes no son agradables o incluso socialmente aceptables, incluyen facetas importantes de personalidad; también influyen sobre la forma en que la paciente presenta sus antecedentes médicos, responde al examen físico y participa en su tratamiento (Daly y Hotelling, 1991). Uno de los mecanismos centrales de la subordinación de las mujeres es y ha sido el control del cuerpo por parte de los otros, llámese: esposo, padre o médico. Cuerpo en tanto categoría cultural, que nos permite comprender nuestra sociedad y su propia historicidad. La relación que establecemos con el cuidado del cuerpo, forma parte de nuestra propia manera de hacer cultura y sociedad.

4.3. Agresión, Violencia y Delitos Sexuales Hacia las Mujeres.

Según Riquer, Saucedo y Bedolla (1998), la violencia y la agresión son conductas individuales que, en la historia de la humanidad, han sido prácticas sociales que producen lesiones físicas y trastornos psicológicos y hasta la muerte individual o colectiva. A pesar de no ser considerados rasgos de una enfermedad o de una etapa del ciclo biológico de la mujer como la menarquía y el climaterio, a menudo acompañan el ciclo vital de las mujeres y son parte de su vida cotidiana.

Corsi (1997) comenta que en sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo, médico-paciente. Mientras que la agresión es la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto las formas que adopta son disímiles: motoras, verbales, gestuales, posturales, etc. Por lo tanto, tiene un origen (agresor) y un destino (agredido).

Se pueden distinguir cuatro tipos de violencia: física, verbal, emocional y sexual:

- ψ **Violencia física:** existen dos formas de violencia física; el contacto directo y la violencia alrededor. El contacto directo va desde tocar a la persona, escupirla, golpearla, empujarla, dispararle, etc. La violencia alrededor consiste en hacer algo cerca de la persona para amenazarla (romper, patear, golpear, aventar cosas, etc.) (Ramírez, 2000).
- ψ **Violencia verbal:** este tipo de violencia tiene tres variantes: cosificar, denigrar y amenazar. Cosificar es minimizar a la mujer, tratarla como si fuera objeto y el objetivo es quitarle su humanidad. Denigrarla es quitarle su valor al criticarla, juzgarla y definirla. Las amenazas son promesas de realizarla violencia física (Ramírez, 2000).
- ψ **Violencia emocional:** consiste en herir los sentimientos de la otra persona para forzarla a darle los servicios y aceptar la autoridad de la otra persona. Va desde el no dirigir la palabra, mirar con expresión amenazante, ignorar y fingir no escuchar. (Ramírez, 2000).

ψ **Violencia sexual:** enmarca la agresión verbal, el hostigamiento, la cohesión y hasta su extremo más grave que es la violación.

Hostigar significa acosar, perseguir, molestar. Por hostigamiento sexual se entiende el acoso por requerimientos sexuales sin que se considere la voluntad de la otra persona. El hostigamiento sexual ocurre en un marco de relación jerárquica (jefe-empleada, maestro-alumna, médico-paciente) (Riquer, Saucedo y Bedolla, 1998).

La violación es un acto de violencia porque supone un asalto, en general sorpresivo, de parte del que viola en perjuicio de la víctima, con el uso de la fuerza física para lograr su objetivo, prescindiendo de la voluntad de la persona violada. Sin dejar de reconocer diferentes tipos de violaciones y que pueden realizarse a personas de cualquier sexo, es un hecho que afecta a las mujeres en mayor magnitud.

Antes, la agresión y la violencia contra la mujer, considerados como asuntos de carácter privado, íntimo o vergonzoso, se mantenían acalladas; la experiencia de una mujer violada, de una esposa golpeada o una empleada hostigada sexualmente se limitaba a resolverse sólo entre los involucrados. Pero poco a poco, comentan Riquer, Saucedo y Bedolla (1998), a fuerza de acciones y denuncias, el movimiento feminista contemporáneo logró sacar a la luz los delitos que implicaban la violencia y la agresión.

Sin embargo, el esfuerzo realizado por las diversas corrientes del feminismo contemporáneo en los últimos 20 años se ha centrado en la relación entre la agresión y la violencia contra la mujer y el tratamiento legal de los delitos que éstas suponen, así como en la atención a las víctimas.

Las causas que la motivan son diversas. Entre ellas se encuentra la constante lucha de poder entre los sexos, consecuencia de una sociedad patriarcal en donde la mujer es devaluada y considerada de segunda clase; la educación desigual que fomenta los estereotipos sociales, los cuales determinan

el comportamiento del género de cada persona; y la influencia de los medios de comunicación, que difunden los influjos negativos de ideologías equívocas, como el machismo, los prejuicios, mitos, etc., los cuales son la base de un comportamiento sexual dado.

En el ámbito familiar, la violencia contra las mujeres es frecuente durante el embarazo, determinando a veces pérdidas, partos prematuros y malformaciones congénitas. De esta manera, las normas de género que legitiman el uso de la violencia de hombres contra mujeres para enfrentar situaciones de conflicto no solamente influyen en el bajo control femenino sobre sus cuerpos, su sexualidad y su reproducción, sino que afectan directamente la salud de las mismas y su comportamiento futuro. El conflicto familiar es mencionado como variable determinante del bienestar emocional femenino (Szasz, 1998).

4.4. Marco Legal.

México cuenta con una serie de disposiciones legales que llevan implícitos los derechos reproductivos. En nuestra Constitución Política Mexicana, se enuncia ya un primer acercamiento a lo que son los derechos reproductivos. En su artículo IV párrafo segundo nos dice "Toda persona tiene derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos".

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la salud y a su protección en coincidencia con el artículo 4to. constitucional donde se establece como una garantía. Legisla sobre la planificación familiar. En salud reproductiva trata la atención materno infantil; la promoción de la integración y el bienestar familiar; promueve la constitución de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil en las instituciones médicas con el fin de identificar las causas del problema y adoptar medidas para su solución.

El ejercicio de esta ley está diseñado para proteger la salud de los individuos en general sin discriminación por sexo, edad, grupo social, étnico, etc.,

pero existen artículos que señalan especialmente a la mujer por sus características fisiológicas asociadas a la reproducción.

También se reconoce la influencia de patrones culturales asociados con la salud y el uso de los servicios. Sin embargo, no se reconocen los derechos sexuales y reproductivos como tales.

La Ley General de Salud por su carácter de marco jurídico no contempla estrategias de aplicación y supervisión de la protección a la salud a que deban apegarse instituciones, individuos y organizaciones sociales.

Por ello pareciera que no hay una repercusión real de las bondades mencionadas en la Ley y esto hace necesario el replanteamiento de estrategias encaminada a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de una manera más concreta y con acciones más específicas, retomando los acuerdos internacionales firmados por nuestro país en cuanto a estos temas.

Cuando hablamos del panorama de la salud, donde los protagonistas son el médico y la paciente, principalmente, podemos diferenciar algunos tipos de abusos dirigidos a las pacientes como: sexual, verbal, físico y psicológico.

El abuso sexual va desde el hostigamiento hasta la violación. En estos casos, el código Penal Federal, en su título decimoquinto, capítulo 1º, Artículos 259 BIS, 260, 265 y 266 BIS, menciona lo siguiente:

Artículo 259 BIS: al que con fines lascivos asedie reiteradamente a personas de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique subordinación, se le impondrá sanción hasta de cuarenta días multa. Si el hostigador fuese servidor público y utilizase los medios o circunstancias que el encargo le proporcione, se le destituirá de su cargo. Solamente será punible el hostigamiento sexual, cuando se

cause perjuicio o daño. Sólo se procederá contra el hostigador, a petición de la parte ofendida.

Artículo 260: al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá pena de seis meses a cuatro años de prisión. Si hiciere uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta una mitad.

Artículo 265: al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a catorce años. Para los efectos de este artículo, se entiende por cópula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo. Se considerará también como violación y se sancionará con prisión de ocho años a catorce años, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuese el sexo del ofendido.

Artículo 266 BIS: Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentarán hasta en una mitad en su mínimo y máximo, cuando:

III. El delito fuere cometido por alguien quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión el condenado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión.

Al respecto, según el comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer, se deben garantizar procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes a los profesionistas de la salud culpables de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes (pag. 59).

Dentro de los abusos físicos encontramos el uso de tecnología médico-quirúrgica (cesáreas, histerectomías) sin autorización de la paciente o por medio de engaños o presión de algún tipo. La ley General de Salud en su Artículo 67, referente a la planificación familiar, argumenta que quienes practiquen esterilización sin voluntad de la paciente o ejerzan presión para que ésta la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

Por otro lado la violencia verbal o psicológica podría considerarse como daño moral, mismo que el Código Civil Federal en el Artículo 1916 contempla como la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí mismas tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzca un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante la indemnización en dinero con independencia de que haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual (Dobler, 1999).

El artículo 1927 dice que el Estado por su carácter de persona moral tiene la obligación de responder del pago de los daños y perjuicios causados por sus servidores públicos con motivo del ejercicio de las atribuciones que les estén encomendadas (Dobler, 1999).

En el siguiente capítulo se presentará con mayor detalle los diferentes tipos de abusos a mujeres por parte de personal médico, así como la percepción que se tiene de los servicios de salud y se presenta una aproximación a lo que se puede considerar un servicio de calidad.

CAPÍTULO 5. USO Y ABUSO DEL CUERPO FEMENINO EN LAS EXPLORACIONES E INTERVENCIONES MÉDICAS

Las mujeres tenemos la necesidad imperativa de aprender aspectos relacionados con nuestros cuerpos para tener el control de ellos y de nuestras vidas. Tratamos de comunicar nuestro entusiasmo con respecto a la fuerza de la información compartida; para afirmar que, en una etapa de profesionales, somos las mujeres expertas sobre nosotras mismas y nuestros sentimientos; para continuar la lucha colectiva en pro de una adecuada atención sanitaria.

De Our Bodies, Ourselves.

Las principales causas de hospitalización en las mujeres son las de salud reproductiva, sin embargo, Jasis (1997) considera que no se responde a las necesidades sentidas de las usuarias durante el proceso de embarazo-parto- puerperio, sino más bien a las necesidades que los proveedores asumen por ellas. Los proveedores médicos no consideran la participación activa de las usuarias como parte del paradigma de la atención prenatal y del parto. Tampoco ellos asumen totalmente su responsabilidad respecto a las deficiencias en la calidad de la atención, prefiriendo referirlas a causas externas a ellos mismos.

Al respecto Dobler (1999) argumenta que las usuarias de servicios de salud, tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y ética responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionistas, técnicos y auxiliares.

Al solicitar un servicio de salud en algunas ocasiones las mujeres se han enfrentado a la insensibilidad, falta de calidez, premura, despotismo, engaño, subestimación, regaño y negligencia entre otras actitudes, por parte de algunas/os

ÿ L
و
د
%
د
ف
ط
&
ض
ى
ÿ
4

□□□□□□<0□Ē<

□Lista con viñetas□□□□□□4□□G4

□ Encabezado □

□ □ □ □ g □ □ : □ IJ :

Pie de página

g T

H

H

ÿ

S T S T

ÿ Æ

Ë Æ ß Æ

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA

El destino de la especie y de la vida y del planeta sigue residiendo en aquellos pocos que autorizan y financian determinadas líneas de investigación, en sus enfoques, visión del mundo, sistemas de referencia espiritual o político.

María Ladi Londoño.

Antecedentes Teóricos.

El término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. Para las Ciencias Sociales se aplica a la manera de realizar la investigación y elegir una u otra metodología, tiene que ver con los supuestos, intereses y propósitos tanto de la investigación como los personales.

Dentro de las Ciencias Sociales prevalecen dos perspectivas teóricas, el positivismo y la fenomenología. El primero busca hechos o causas de los fenómenos sociales independientemente de los estados subjetivos de los involucrados; mientras que la fenomenología quiere entender estos fenómenos desde la propia perspectiva del actor. Ambas perspectivas abordan y buscan diferentes cosas, por lo tanto, sus metodologías serán diferentes.

La fenomenología exige el uso de métodos cualitativos donde encontramos entre los más sobresalientes la observación descriptiva y las entrevistas, siendo sus orígenes rastreados hasta historiadores, viajeros y escritores; pero es hasta el siglo XIX y principios del siglo XX que se denominan métodos cualitativos y principalmente son los sociólogos, antropólogos y psicólogos, denominados investigadores sociales, quienes recurren a ellos (Taylor y Bogdan, 1996)

Según Wiesenfeld (2001), la investigación cualitativa nos permite intentar capturar el sentido que subyace a lo que decimos sobre lo que hacemos a partir de la exploración, elaboración y sistematización de los significados de un

fenómeno, problema o tópico; además, de proporcionarnos criterios de confiabilidad, confirmabilidad, autenticidad y transferibilidad.

Así pues la tarea del investigador cualitativo consiste en estudiar las cosas en su contexto natural, tratando de darle sentido a los fenómenos o de interpretarlos en términos de los significados que la gente les otorga y buscar las descripciones del mundo social más ricas que le sea posible (Denzin y Lincoln, 1994, citado en: Martínez y Leal, 1998).

Además, de acuerdo con Taylor y Bogdan (1996), los métodos cualitativos nos permiten comprender el nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente. Sin embargo, debemos tener en cuenta que para la realización de una investigación de tipo cualitativo es de vital importancia el modo de actuar y el grado de involucramiento y compromiso del investigador, ya que su nivel de destrezas, competencias, rigurosidad, entre otras, se reflejará en la calidad de los resultados obtenidos. Desde el punto de vista de Castro (1996) la adopción de un método cualitativo o cuantitativo no puede ser una decisión arbitraria, sino que se asocia estrechamente al tipo de conceptualización que formulemos, el enfoque objeto de nuestro interés y para la adopción de un método cualitativo tendríamos que interesarnos en estudiar los significados que los individuos atribuyen a circunstancias y el tipo de conductas que se derivan de tales definiciones de la situación.

Así, en esta investigación el Objetivo General es conocer los significados que algunas mujeres otorgan a prácticas médicas como lo son exploraciones y/o intervenciones en salud reproductiva y sexual, entendiendo por significados todo aquello que la mujer piensa y siente, antes, durante y después de dichas exploraciones y/o intervenciones, considerando su status sociocultural en el análisis para tratar de comprender las experiencias vividas por cada una de las entrevistadas al recibir la atención médica.

La metodología que decidí utilizar fue de corte cualitativo con perspectiva de género donde abordé temas referentes a la salud sexual y reproductiva femenina en el campo de la Psicología de la Salud.

Al respecto Amuchastegui (1996), Rivas (1996) y Szasz (1998) coinciden en que al realizar investigación cualitativa abordando temas referentes a la sexualidad se hace necesario explorar las formas y los significados culturales, las interpretaciones e imaginarios sociales que intervienen en la constitución de la subjetividad, así como el conocer los vínculos entre la construcción de identidades y comportamientos sexuales, porque no se pretende mostrar sólo cifras estadísticas, sino recuperar de las historias narradas y de los argumentos proporcionados, el cómo viven y combinan sus posturas al respecto; ya que en el contexto en el que se puedan desarrollar existen las influencias (familiares, culturales, religiosas o políticas) que aunque no del todo, modifican la forma de aprender, expresar o manifestar su vida sexual y sus interrelaciones personales.

La sexualidad se vincula con la construcción sexual de las identidades de género, con la presencia de una normatividad diferente para ambos sexos y con las desigualdades entre hombres y mujeres en el acceso al poder y recursos (Szasz, 1998). Trabajar con perspectiva de género nos brinda la comprensión para entender que la desigualdad no tiene esencia ni naturaleza, que es construida y por lo tanto transformable (Hernández, 1997).

Por lo tanto, como señala la Organización Mundial de la Salud (1998, En: Bosch y Ferrer, 2001), un análisis de género identifica, analiza y ayuda a actuar sobre las desigualdades que surgen de los diferentes roles de hombres y mujeres o de las desigualdades en las relaciones de poder entre ellos y ellas, así como las consecuencias de estas desigualdades en sus vidas, su salud y su bienestar. Así pues, Sarduy y Alfonso (2001) consideran que la incorporación de dicha perspectiva en los marcos conceptuales y de intervención, es uno de los retos inmediatos que encara la Psicología de la Salud en la actualidad. Además

Campero (1996) argumenta, que es necesario abrir espacios con perspectiva de género identificando y organizando de manera diferente la educación y la salud de las mujeres.

En cuanto a los métodos de investigación cualitativa, se encuentra en primer lugar la observación participante que como Taylor y Bogdan (1996) mencionan, involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, además, durante esta se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. En este método se elaboran notas de campo, las cuales nos permiten incluir descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, tanto como las acciones, sentimientos, intuiciones o hipótesis de trabajo del observador.

Otro método de investigación cualitativa es la entrevista, que consiste en una conversación entre el investigador y una persona que responde a preguntas orientadas a obtener información exigida por los objetivos específicos de un estudio (Briones, 1990).

Una modalidad de entrevista es la entrevista a profundidad, entendida como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Estas entrevistas siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas (Taylor y Bogdan, 1996).

Rivas (1996) señala que la entrevista a profundidad es no sólo una técnica de recolección de información exterior e informante, sino como un ámbito espacio-temporal en el que los datos son construidos, en una relación dialógica, y cuyo proceso de interacción es fuente constitutiva de conocimiento; además de ser un espacio donde se expresa la dinámica generada en la relación sujeto-objeto de

conocimientos y los efectos sobre el propio proceso de investigación creando por lo tanto un dispositivo en el análisis y creación de conocimiento.

Taylor y Bogdan (1996) diferencian tres tipos de entrevista a profundidad: el primero, la historia de vida o autobiografía sociológica, donde el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esta persona aplica a tales experiencias. El segundo tipo se refiere al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente, aquí los informantes no sólo revelan sus propios modos de ver, sino que describen lo que sucede y el modo en que otras personas lo perciben. El tercer tipo de entrevista proporciona un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas.

Dentro de las entrevistas también encontramos las informales. Aquí se usa de una guía de entrevista en la cual se incluyen los principales temas del estudio dentro de los cuales el entrevistador formula las preguntas que le parecen más apropiadas y con el vocabulario que más se adapte a la situación (Briones, 1990).

Otro tipo de entrevista es la semiestructurada que consta de una serie de preguntas abiertas en una secuencia prefijada (Moreno, Alvarado y López, s/f).

Para guiar las entrevistas, nos apoyamos en diversos recursos como son las preguntas descriptivas, los relatos solicitados, la entrevista en cuaderno de bitácora y los documentos personales. En el caso de las preguntas descriptivas se solicita que los informantes describan, enumeren o bosquejen acontecimientos, experiencias, lugares o personas de sus vidas. Para los relatos solicitados se pide a los participantes relaten por escrito sus experiencias, y estos relatos sirven posteriormente como guías en la entrevista.

La entrevista con cuaderno de bitácora consiste en que los informantes lleven un registro corriente de sus actividades durante un periodo específico, este registro proporciona una base para las entrevistas en profundidad.

En el caso de los documentos personales nos apoyamos de diarios, cartas privadas, dibujos, registros, agendas y listas de cosas importantes de las propias personas y son utilizadas para guiar las entrevistas sin imponer una estructura a los informantes. En general se refieren a relatos del individuo escritos en primera persona sobre toda su vida o parte de ella, o a reflexiones sobre un acontecimiento o tema específico.

Como podemos observar, en algunas entrevistas se utiliza la guía de entrevista, la cual no es un protocolo estructurado, sino más bien, una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante.

Otro tipo de método son los registros oficiales y documentos públicos que sirven para adquirir conocimientos sobre las personas que los redactan y mantienen al día. Entre estos encontramos documentos organizacionales, artículos de periódico, registros de organismos, informes gubernamentales, transcripciones judiciales y una multitud de otros materiales.

Para que la entrevista sea fructuosa es importante sondear los detalles de las experiencias de las personas y los significados que éstas les atribuyen.

La elección del método de investigación debe estar determinada por los intereses de la investigación, las circunstancias del escenario o de las personas a estudiar, y por las limitaciones prácticas que enfrenta el investigador.

Estrategias Metodológicas.

En el caso de la presente investigación utilicé diferentes estrategias metodológicas de acuerdo al caso, es decir, métodos múltiples entre los cuales

están: notas de campo, entrevistas a profundidad del 2º y 3er tipo que describen Taylor y Bogdan (1996), referentes al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente y proporcionando un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas; preguntas descriptivas, entrevistas semiestructuradas, relatos solicitados, documentos personales y guía de entrevista, así como sondeo.

Participantes.

Para la selección de informantes, Glaser y Strauss (1967) nos dicen que la estrategia de muestreo teórico puede utilizarse para seleccionar las personas a entrevistar. Aquí, el número de casos estudiados carece de importancia. Lo importante es el potencial de cada uno para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social (En Taylor y Bogdan, 1996).

En este estudio, originalmente contemplé trabajar con seis mujeres que conozco, las cuales habían sido exploradas y/o intervenidas en varias ocasiones por personal médico, específicamente en áreas corporales consideradas sexuales o reproductivas (mamas, vagina, útero y/u ovarios) sin importar escolaridad, ocupación, estado civil, nivel económico. En estos casos utilizaría entrevistas semiestructuradas con guía de entrevista que cubría los siguientes tópicos: datos personales, historia familiar, hábitos, salud reproductiva y atención médica.

Sin embargo, después de las primeras tres entrevistas decidí cambiar el criterio de selección de participantes porque la información obtenida durante estas entrevistas no era suficiente, además, de no cubrir los aspectos contemplados. Primero pensé en acudir a Instituciones de Salud Reproductiva y solicitar la información requerida a las usuarias que se encontraran en el momento de la visita, pero debido a falta de tiempo para realizar los trámites necesarios para ingresar a dichos escenarios, cancelé esta opción. Fue entonces cuando los cambios laborales en mi vida (ingreso a un bachillerato como docente), me llevó a

tomar la decisión de trabajar con las alumnas, que en total fueron 14 chicas entre los 16 y los 25 años de edad, que se encontraban estudiando el bachillerato tecnológico); sin dejar a un lado la información obtenida en las primeras entrevistas. Esta decisión me permitió conocer los diferentes motivos por los cuales las mujeres en edad de bachillerato acuden por primera vez a una revisión ginecológica y comparar sus reportes con la información obtenida anteriormente. A la par de estas entrevistas realicé otra entrevista semiestructurada con una mujer fuera de la escuela.

Debido a que conocía a todas las mujeres, no hubo necesidad de establecer rapport al inicio de las entrevistas, sin embargo, en los casos de las 14 alumnas, la investigación me permitió establecer una relación más estrecha, un tanto amistosa con algunas de las chicas, incluso, en algunos casos, me pidieron orientación psicológica, posterior a las entrevistas.

Materiales.

Los materiales que utilicé fueron: grabadora y casetes que me permitieron realizar grabaciones y posteriormente transcripciones textuales de las mismas sin omitir ningún tipo de información. Lápiz y libreta para la realización de notas de campo y en los casos donde no utilicé grabadora; una guía de entrevista en los tres primeros casos y en el caso de las subsecuentes entrevistas me sirvieron de guía los documentos personales. Esto me permitió dar una secuencia en la información obtenida. Las entrevistas no tuvieron límite de tiempo.

En todo momento garanticé la confidencialidad de los datos y sólo tomé el nombre de pila con la finalidad de identificar cada caso y para la realización de las notas de campo y dar seguimiento a las entrevistas; cambiando el nombre por un seudónimo a la hora de reportar los resultados.

Procedimiento.

Toda la información obtenida se recogió en un periodo de 5 meses y el procedimiento en términos generales fue el siguiente:

La primer entrevista la realicé a una persona familiarmente allegada a mí. Se comentó con ella sobre características generales de la investigación y solicité su apoyo. Se proponían fechas y dado que no se coincidía, la realicé un día de improviso, planteé realizarla en mi casa y se interrumpió en varias ocasiones ya que se encontraban presentes mis hijos y tenía que atender ambos asuntos a la vez. Afortunadamente grabé la entrevista y esto me permitió no perder detalles de la información. Mucha información ya era conocida, sin embargo, pedí a la informante la reportara.

En el caso de la segunda y tercera negociación, las realicé por medio de un amigo al que comenté sobre la investigación y reportó que su esposa e hija podrían ser candidatas ya que se habían sometido a varias intervenciones médicas cada una. Posteriormente me dirigí directamente al domicilio, ya que llamé por teléfono antes y mi amigo me dijo que fuera y él les avisaba, sin embargo. al llegar al domicilio, las mujeres no sabían el motivo de la visita y tuve entonces que plantear la situación. Primero realicé la entrevista a la hija y después a la mamá, pero en ambos casos, había comentarios de una y otra. En esta ocasión también hubo interrupciones ya que estaban presentes las hijas de la primera participante. En estos dos casos las entrevistas fueron grabadas.

Para la cuarta entrevista, la negociación se realizó a través de una amiga, la cual me presentó con la participante y le explicó previamente el objetivo de la investigación. Esta entrevista fue de tipo semiestructurada, ya que las preguntas las realicé en una secuencia lógica basándome en lo que iba reportando la participante.

Para el caso de mis alumnas, al término de las clases pregunté en grupo, quiénes habían acudido a una revisión ginecológica y solicité su apoyo para la realización de la investigación después de explicar la finalidad de la misma. Por fines prácticos pedí elaboraran un escrito donde narraran sus experiencias personales (por favor me escriben en su cuaderno a modo de diario sus experiencias con el ginecólogo, cuándo fueron por primera vez, el motivo de la visita, frecuencia con que realizaban estas visitas, quién las acompañó, seguimiento o tratamiento, cómo se sintieron, en fin, todo lo que recuerden). En algunos casos, se realizaron dichos escritos en el horario de clases mientras sus compañeros realizaban otro ejercicio. En otros casos pedí que lo realizaran en sus casas y lo entregaran posteriormente para que tuvieran más tiempo para desarrollarlo y en otros casos tuve que insistir incluso en horarios fuera de clase para su realización.

Una vez entregados los escritos, revisé e hice anotaciones en los mismos para posteriormente solicitar a cada una de las participantes por separado revisar “su caso”; realizando preguntas abiertas y específicas según lo requerido con base en mis anotaciones anteriores. Así también en ocasiones requerí hacer referencia textual para contextualizar y de esta manera ampliar la información, es decir, leía un párrafo y les pedía explicaran a que se referían con lo escrito. Si durante el curso de la entrevista mencionaban algún dato de interés, ampliaba la información realizando preguntas al respecto del tipo de cuándo, cómo, con quién, dónde, quién, por qué, etc. y continuaba con el orden del documento. También, en algunos casos fue necesario compartir experiencias personales o hacer referencia a casos conocidos por una u otra parte. En algunos casos grabé la entrevista y posteriormente se transcribieron textualmente, pero en general sólo realicé anotaciones solicitando en algunos casos me dictaran lo referido para no perder detalle de la información. Castro (1996) menciona que la información sufre una crucial transformación cuando el contenido de la grabación es transcrito y reducido a un texto ya que la transcripción textual de una conversación constituye la descripción de la interacción verbal original.

En una segunda etapa realicé un sondeo que cubría rubros marcados en el temario de la investigación y pedí a algunas de las participantes (alumnas) lo contestaran por escrito y anexé esta información a la información obtenida en la primer etapa.

Escenarios.

En cuanto a los escenarios fueron los acordados por las dos partes involucradas (investigadora-entrevistada), procurando que fueran cómodos, confiables, confidenciales y seguros (casa del informante, salón de clases, café, etc.) En la segunda etapa realicé las entrevistas en los salones de clase sin estar propiamente en clase, en algunos casos estuvieron presentes durante la entrevista una o dos amigas de la entrevistada pero en su mayoría fue a solas. En un caso particular la entrevista se realizó en un restaurante a petición de la propia entrevistada.

Resultados: Organización de los Datos.

La medición numérica es la imputación de un número a dimensiones específicas de un fenómeno dado, la codificación es una especie de acción evaluatoria nominal mediante la cual es posible clasificar el material (Castro, 1996). En la investigación cualitativa, la codificación es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. Este proceso incluye la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y preposiciones (Taylor y Bogdan, 1996). Según Castro (1996), codificar significa asignarle un número a cada categoría, de manera que sea posible el análisis estadístico de la información. Una categoría de la codificación podría relacionarse con un tema de conversación recurrente. El número de categorías depende de la cantidad de datos recogidos y de la complejidad de nuestro esquema analítico. Una vez elaborada la lista de categorías, se le asigna un número o letra a cada categoría, para separar posteriormente los datos pertenecientes a cada categoría; esta separación es una operación mecánica no

interpretativa pero permite comparar diferentes fragmentos relacionados con cada tema, concepto, proposición, etc.

En el análisis cualitativo, la asignación de códigos constituye una identificación preliminar de los hallazgos, dado que cada código normalmente “indexa” un amplio conjunto de significados. Esto es, un código normalmente constituye un intento del investigador por clasificar una palabra, una frase, o una sección del texto en categorías específicas significativas que tengan sentido dentro del marco teórico que esté siendo utilizado (En: Castro, 1996).

El procedimiento de codificación de los datos lo realicé a partir de la construcción de casos donde dividí estos en dos partes: por un lado las cuatro primeras entrevistas semiestructuradas que contienen información de acuerdo a tópicos planteados en la guía de entrevista y notas de campo (enumeradas del 1 al 4); por otro, 14 entrevistas con documentos personales. Estos casos los construí en el siguiente orden: presentación de la participante (notas de campo), documento personal, y entrevista enumerando estas conforme se realizaban del 5 al 18; finalmente se encuentran las respuestas por pregunta, de los cuestionarios que se aplicaron a algunas de las participantes.

En cuanto a la categorización, fue determinada de acuerdo a la información obtenida y se muestra a continuación:

Motivo de Visita: Son las causas o razones que llevan a las mujeres a acudir al ginecólogo y pueden ser físicas, psicológicas y/o sociales. En las mujeres entrevistadas los motivos de consulta fueron: sospecha de embarazo, aborto, embarazo, infecciones vaginales, desórdenes hormonales, chequeo general, realización de exámenes, pruebas y/o estudios como el papanicolao, mastografía, ultrasonidos, crecimiento excesivo de mamas y violación, entre otros.

Acompañantes: Se denominaron así a las personas que acudan con las mujeres a las visitas al ginecólogo y que pueden o no estar presentes durante las exploraciones y/o intervenciones. En los casos presentados, fueron acompañadas por sus madres, parejas, tías o solas.

Sexo del médico: Sexo biológico del personal médico que atiende a las mujeres. En su mayoría las mujeres fueron atendidas por varones y se considera como categoría de análisis ya que las mujeres reportaron no preferir la atención por igual de uno o de otro sexo y por lo tanto no sentir lo mismo al ser atendidas por un varón que por una mujer.

Tipo de servicio y Atención médica recibida: El servicio se divide en dos: privado o público, dentro del primer caso tenemos a clínicas y consultorios particulares y como públicos reportaron clínicas del IMSS, ISSSTE, centros de salud, el Hospital Juárez, Hospital de PEMEX, clínicas del ISEMIN. En algunos de los casos las mujeres acudieron a ambos servicios y por lo tanto referían una comparación en cuanto al servicio brindado en ambos lugares. En cuanto a la atención recibida, es calificada de acuerdo al tipo de servicio, el sexo del personal médico y con base en las expectativas que se tienen.

Período de visitas: Frecuencia con que se realizan las visitas al ginecólogo. En los casos de las chicas adolescentes las visitas eran esporádicas o por períodos cortos, mientras que las mujeres adultas reportaron visitar con mayor frecuencia al médico, es decir más seguido.

Tratamiento y/o seguimiento: Todo lo que se receta o se sugiere que hagan las pacientes con la finalidad de mejorar su salud. En los casos donde acudían por motivo de una infección vaginal fueron tratadas con óvulos, pastillas y/o pomadas, en los casos de embarazo sólo recibían recomendaciones para el cuidado de su estado o bien vitaminas, en casos de desórdenes hormonales recibieron hormonas para regular sus períodos menstruales, cuando tuvieron sospecha de

embarazo les informaron del uso de anticonceptivos y en algunos casos fueron utilizados, en los casos donde existió aborto, medicamentos para limpiar el útero y controlar dolores, también se recomendaron en la mayoría de los casos realizaran estudios pertinentes.

Expectativas: Todo lo que esperan las mujeres antes de y durante la visita. En el caso de algunas mujeres giraba en torno al cuidado de su salud y por lo tanto no daban tanta importancia al trato como tal por parte de los médicos, en cambio en otras, acudían con miedo y pena, esperando sólo resolver lo que se presentaba en el momento y no volver a ver al médico.

Prospectivas: Una vez asistido a la visita, todo lo realizado después de ésta con relación al motivo de visita. En algunos casos no se le daba importancia al trato y referían que era algo normal y necesario, por lo tanto se tenían que aguantar y seguir, mientras que otros casos sólo lo veían como algo desagradable por lo que esperaban no volver a pasar, o bien se tomaba la decisión de cambiar de médico.

Relación familiar y/o de pareja: Lo que se dice, se piensa y se hace con relación a la visita y las medidas tomas con base en esto. Las mujeres reportan que cuando se enfrentan con la situación de realizar una visita ginecológica, falta información y comunicación entre la familia y con sus parejas y por lo tanto en su mayoría acuden solas o con algún familiar no tan cercano y que esto las hace sentirse solas y desprotegidas, además de sentir una gran presión y responsabilidad de lo que presentan en el momento de sus visitas.

Exploración médica: Revisiones físicas realizadas a las mujeres, donde en su mayoría fueron sin uso de instrumentos, a través de palpación en diferentes partes del cuerpo. También consideramos aquí los interrogatorios hechos a las mujeres durante sus visitas.

Intervención médica: Encontramos aquí operaciones quirúrgicas (cirugía plástica y reconstructiva, cesárea, salpingoclasia, extirpación de ovarios, útero, tumores), realización de pruebas y estudios (papanicolao, mastografía, pruebas de embarazo, ultrasonido, cultivos, congelamiento, coloscopía), suministro de medicamentos (para infecciones vaginales, hormonas, analgésicos), suministro de métodos anticonceptivos (pastillas, inyecciones, dispositivo intrauterino), partos, uso de instrumentos (cotonetes, láser, pato, espejos y cámaras vaginales), entre otros.

Significados otorgados: Aquí se considera todo lo que las mujeres reportaron y aunaron sobre lo que sentían, pensaban y decían con relación a las visitas, exploraciones, intervenciones, tratamientos y atención médica recibida (ver relatos).

Derechos sexuales y/o reproductivos: Todo aquello que está permitido a las mujeres en cuanto a su sexualidad y a su capacidad de reproducción; es decir, las decisiones que pueden tomar estas sobre su cuerpo. Se encontró que las mujeres no conocen con exactitud los derechos sexuales y reproductivos que tienen, sin embargo, algunas reportaron sus inconformidades y la necesidad de conocerlos y hacerlos respetar.

Marco Legal: Relación existente entre lo que se hace y lo que la ley dicta. Se encontró que las mujeres desconocen el marco legal en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos con los que cuentan; así también, desconocen los procedimientos que se llevan a cabo en caso de ser violados estos derechos y específicamente por el personal médico.

Abusos Médicos: Se dividieron en cuatro tipos de abusos y estos a su vez se subdividieron como se muestra a continuación:

Abusos Verbales:

- a) Cosificar: minimizar, tratarla como objeto.
- b) Denigrar: quitarle valor, criticarla, juzgarla, definirla.
- c) Amenazas: promesas de realizar violencia física.

Abusos Físicos:

- a) Cesáreas.
- b) Histerectomías.
- c) Colocación de DIU sin consentimiento.
- d) Introducción de espéculos vaginales lastimando a la paciente.
- e) Exploraciones vaginales repetidas innecesarias.
- f) Provocación de contracciones.

Abusos Emocionales:

- a) Falta de participación.
- b) Falta de información clara.
- c) Falta de aclaración de dudas.
- d) Incapacidad para expresar necesidades.
- e) Indefensión, incomodidad o molestias.
- f) Aguantarse.

Abusos Sexuales:

- a) Hostigamiento.
- b) Tocamientos mal intencionados.
- c) Exploraciones sin equipo apropiado (guantes).

Los resultados se muestran por categoría presentando datos estadísticos, donde sea factible o bien una descripción de los datos correspondientes, acompañada cada categoría por algunos fragmentos descritos en las entrevistas.

Discusión.

El análisis en la investigación cualitativa comienza con el conocimiento íntimo de los datos, se deben leer todas las transcripciones, notas, documentos y otros datos; identificar las principales etapas, los principales acontecimientos y las principales experiencias de la vida de la persona (Taylor y Bogdan, 1996).

El análisis a modo de discusión lo realicé retomando el marco teórico utilizado y fue por categorías, las cuales son presentadas en la sección de resultados. Así también, presento opiniones y críticas personales en torno al tema.

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

Estamos caminando nuestro camino y aprendiendo a reconocer nuestras propias huellas. Nos vemos en posiciones similares compartiendo visiones comunes del mundo, intercambiando información y experiencias para fortalecernos de manera horizontal.

María Ladi Londoño

Se realizaron entrevistas a 18 mujeres de las cuales 17 acudieron a servicio ginecológico por lo menos en una ocasión y una de las participantes aún no acudía, sin embargo, se interesó en participar aportando su opinión acerca del tema.

15 de las 18 participantes tenían entre 16 y 24 años, las 3 restantes tenían 32, 42 y 44 años respectivamente.

En cuanto a la escolaridad, 14 de las participantes cursan actualmente el bachillerato; 2 tienen la carrera comercial de secretariado, una participante con Licenciatura trunca y una participante cuenta con bachillerato terminado.

La ocupación de las participantes es la siguiente: 15 son estudiantes, 3 son amas de casa y 1 es empleada. En cuanto a su estado civil, 12 son solteras, 3 son casadas, 2 viven en unión libre y 1 es viuda; sólo 9 de estas mujeres tienen hijos, 13 actualmente tienen actividad sexual frecuente y el resto por el momento no reportan vida sexual activa.

Los datos anteriores son considerados demográficos y sólo fueron utilizados para contextualizar (Ver cuadro 1).

Datos Demográficos

Nombre	Edad	Ocupación	Estado Civil	Escolaridad	Gestaciones	Vida sexual activa
Karina	44	Ana de casa	Viuda	Secretariado	5	Si
Aide	42	Ana de casa	Casada	Secretariado	2	Si
Marcela	24	Ana de casa	Unión Libre	2º Semestre de Lic.	2	Si
Josca	32	Empleada	Casada	Bachillerato	2	Si
Tania	16	Estudiante	Soltera	4º Sem. Bach. Tec.	0	No
Paloma	18	Estudiante	Soltera	4º Sem. Bach. Tec.	0	No
Daniela	17	Estudiante	Soltera	4º Sem. Bach. Tec.	0	No
Lucía	24	Estudiante	Soltera	4º Sem. Bach. Tec.	1	Si
Isabel	18	Estudiante	Soltera	2º Sem. Bach. Tec.	0	No
Verónica	22	Estudiante	Soltera	3º Sem. Bach. Tec.	0	No
Nayeli	18	Estudiante	Soltera	4º Sem. Bach. Tec.	1	Si
Cecilia	24	Estudiante	Soltera	4º Sem. Bach. Tec.	0	Si
Marina	17	Estudiante	Soltera	3º Sem. Bach. Tec.	0	Si
Sibel	24	Estudiante	Unión Libre	3º Sem. Bach. Tec.	1	Si
Suzana	18	Estudiante	Soltera	4º Sem. Bach. Tec.	0	Si
Abigail	19	Estudiante	Soltera	6º Sem. Bach. Tec.	1	Si
Bianca	21	Estudiante	Casada	2º Sem. Bach. Tec.	1	Si
Natalia	22	Estudiante	Soltera	6º Sem. Bach. Tec.	0	Si

Cuadro1: Muestra los datos demográficos de las mujeres participantes.

Los datos referentes a la atención ginecológica reportados por las participantes, se encuentran incluidos dentro de las categorías establecidas en la metodología y los resultados obtenidos para cada una son los siguientes:

Motivo de Consulta:

El estudio realizado indica que las mujeres acuden a consultas a partir de que presentan síntomas significativos que se reflejan en su estado regular de salud.

En las mujeres entrevistadas los motivos de consulta fueron: por embarazo acudieron 9, por infección vaginal 9, por desordenes hormonales 4, por revisión general 4, por sospecha de embarazo 2, para cirugías por tumor 2, por violación, para atender aborto, por legrado y crecimiento excesivo de mamas, 1 en cada caso.

Además encontramos que una vez realizada la visita, algunas de las mujeres regresaron para realizarse un chequeo general, exámenes, pruebas y/o estudios como el papanicolao, mastografía, ultrasonidos, entre otros.

- *mi mamá me llevó al ginecólogo porque mi menstruación era bastante irregular.*
- *cuando tenía trece años fue mi primera visita al ginecólogo, ya que era la primera vez que reglaba y tenía que ir para que me informaran acerca de lo que me pasaba.*
- *la primera vez que fui al ginecólogo fue en mi embarazo...luego después de casi los nueve meses me fui a aliviar...después de un año, cada seis meses me iba a revisar el dispositivo y a hacerme el papanicolao.*
- *el motivo por el cual asistí al ginecólogo fue por violación...fuimos a la delegación...de ahí me mandaron con el ginecólogo.*
- *cuando yo tenía 16 años que me di cuenta que mi busto lo tenía un poco disparejo...como a los 18 años lo disparejo ya se notaba más...me dijo que ni tenía tumores ni quistes, que era pura glándula y que sí necesitaba una operación.*
- *la primera vez que fui al ginecólogo fue cuando estaba embarazada y como a los 5 meses, y eso porque tenía mucho flujo y la doctora me dijo que tenía una infección vaginal...la segunda vez fue a los 6 meses y medio o más de embarazo y fue para ver en que posición estaba él bebe...la última vez fue cuando ya iba a nacer mi hijo.*
- *yo fui porque tengo mucho flujo vaginal amarillo.*
- *la primera vez que fui al ginecólogo fue porque tenía amenaza de aborto etapa I.*
- *la primera vez que fui al ginecólogo tenía 19 años y fue porque pensé que estaba embarazada...la segunda vez fue porque quería embarazarme me dijo que tenía una pequeña infección ...después acudí porque tenía molestias... me dijo que estaba embarazada y que el bebé estaba fuera de la matriz, que tenía que sacarlo porque ya estaba muerto.*
- *acudí al ginecólogo porque se me retrasó la menstruación...en otra ocasión fui porque era una pequeña infección vaginal porque tenía comezón y unos granitos...he estado visitando al doctor ocasionalmente de 3 a 2 meses aproximadamente porque como tengo relaciones sexuales quiero evitar cualquier infección o contagio.*
- *un día cuando de repente no llegaba mi menstruación, fui al doctor, me practicaron una prueba de embarazo y el resultado fue positivo...después de varios meses fui al chequeo que se tiene que hacer uno cuando esta embarazada...acudí varias veces durante el embarazo para que llevara el control y las revisiones pertinentes para que no hubiera ninguna complicación al dar a luz.*
- *en el momento que decido ir al ginecólogo fue por una infección vaginal provocada por tener relaciones sexuales y sin protección...a mis 18 años decido casarme y formar una familia, dejo de controlarme y me embarazo y las visitas al ginecólogo son más frecuentes por el hecho de saber como estaba mi bebe.*
- *la primera ocasión que asistí con un especialista (médico en ginecología) fue por orden de un médico general ya que desde que comencé mi periodo menstrual he*

tenido una infección (flujo) esto sucedió desde los 12 años de edad...a los 17 años de edad decidí volver a hacer una nueva cita porque mi periodo era demasiado irregular...a los 19 años comencé a tener vida sexualmente activa y consideré que ahora sí era necesario visitar al ginecólogo

Acompañantes:

Las mujeres entrevistadas al tomar la decisión de acudir a una consulta ginecoobstetra tienen la necesidad imperante de sentirse apoyadas por una persona de confianza, la cual proporcione seguridad emocional, sentimental y afectiva; sin ser sujeto de críticas, discriminación, indiferencia; porque como mujer se siente objeto vulnerable al abuso.

De las entrevistadas, acudieron con su madre 5 mujeres, con una tía 2, con su padre 1, con su pareja 1, se presentaron solas 5, 2 de las participantes acudieron en algunas ocasiones solas y en otras acompañadas de su pareja y 12 acudieron algunas veces con una hermana y otras con su pareja.

- *¿cómo fue que tu llegaste al médico? Pues me llevo mi esposo...antes me acompañaba mi esposo y ahora ya voy sola.*
- *a veces las parejas no ayudan porque a mí me paso, mi esposo cuando yo trabajaba yo le dije que me tenía que hacer estudios y me decía ¡ah, no! y a fuerzas hacia que tuviéramos relaciones para que ya no me tuviera que hacer el estudio...¿Cómo es posible que te dejes que te agarre alguien más? Me decía.*
- *le dije a mi novio que estaba sangrando mucho y que tenía muchos cólicos, inmediatamente fuimos al doctor.*
- *fue una experiencia muy desagradable, además de que no iba acompañada de mi madre porque ella no estaba enterada...ojalá que me acompañe mi mamá o algo para sentirme segura...yo estaba sola y ni siquiera con la pareja con la que yo estuve, estuvo en ese momento conmigo.*

Sexo del médico:

La figura del médico no es la de un especialista en cuanto a la salud reproductiva y sexual, el médico va a conservar su rol de varón ya que se antepone las ideas culturales que la auscultación conlleva en esta relación

médico-paciente, intereses o cuestiones subjetivas en torno a la sexualidad aconteciendo prejuicios como los siguientes:

- *para cómo era hombre, pero antes de que yo lo supiera rogaba a dios que fuera mujer, porque como que hay más confianza, pero no, resultó hombre y más vergüenza me dio.*
- *era un hombre...me daba pena contestarle ya que creo que eso es algo privado y personal y le dije que si era necesario que le contestara.*
- *luego dicen que son morbosos, una amiga me comentó que luego hay doctores que al revisarte desde la forma de verte lo hacen con morbo.*
- *tuve suerte de que fuera doctora.*
- *pero había un doctor y no quise, así que me toco la ginecóloga de guardia...¿Cómo te sentiste con esta nueva médica? Muy bien, me sentía más tranquila, me dio mucha confianza.*

La mayoría de las participantes (11 de ellas), fueron atendidas por personal masculino, por personal de sexo femenino 1 y en el caso de 5 de ellas fueron atendidas por ambos en diferentes ocasiones.

Tipo de servicio y atención médica recibida:

Generalmente se tiene la firme idea de que el pagar por un servicio garantiza la calidad en su prestación englobando instalaciones, personal, atención, materiales e instrumentos utilizados, entre otros.

Los servicios de salud no son la excepción, ya que las mujeres expresan su preferencia por un servicio privado por encima del público donde existen deficiencias desde la recepción del paciente, el tiempo de espera, los cortos tiempos dedicados a la consulta, el personal indiferente y déspota que labora, tratos interpersonales, carencia de explicaciones e información acerca de los padecimientos, tratamientos y seguimiento. Sin embargo no todas las mujeres tienen posibilidades de acceder a un servicio de tipo privado y entonces tienen que “aguantarse”.

8 mujeres acudieron a solicitar servicio privado y, en cuanto al servicio público, reportaron haber acudido a clínicas del IMSS, ISSSTE, ISEMIN, Hospital de PEMEX, Hospital Juárez y centro de salud una en cada caso. En algunos de los casos (4), las mujeres reportaron haber acudido tanto a servicios públicos como privados y por lo tanto hubo una comparación en cuanto al servicio brindado en ambos lugares.

- *desafortunadamente por la sobrepoblación que hay ya no es muy eficiente porque va uno al doctor y le dice me duele esto, ah sí ya con esto se le va a componer, entonces no hay esta atención...como estuve acostumbrada a una atención particular, los doctores te ponían esa atención, luego al seguro y no es la misma atención, para empezar las horas esperando ahí y como que no es muy eficiente el seguro.*
- *en un servicio particular... yo creo que por mantener al cliente...les conviene dar una buena imagen para mantener a los clientes para que no hubiera problema.*
- *en todos los lugares hay señoras déspotas y hay personas muy amables y en el seguro social también se encuentra uno con ambos casos, las enfermeras se creen las dueñas de la clínica, los doctores a veces son unos patanes, atienden a la corre y corre y se van, tienen veinte gentes esperando y lo que les interesa es atenderlos así rápido, la recepcionista que me atiende pues es muy buena gente, la señorita muy atenta, muy amable, pues te presta esa atención que necesitamos.*
- *en un servicio particular pues es otra cosa ahí pues pagas y te atienden bien...te dan esa atención... te dan todo tipo de explicaciones, te aclaran dudas, te dan ese tiempo que en el seguro no te dan.*
- *en el particular el doctor te inspira esa confianza.*
- *el doctor te explica pacientemente te empieza a platicar, como que entra uno en un estado de nervios y ya con la plática el doctor te va relajando, te dicen ... aquí viene a hacerse unos estudios de rutina y no la vamos a engañar, cualquiera que sea el resultado pues le vamos a informar y ya ahorita afortunadamente los resultados salen luego luego no es cuestión de que se tiene que esperar un mes y en el seguro te hacen el papanicolao y venga al mes y ya vas al mes y todavía no están venga después y entonces cuando llegan al doctor así como que ya se nos olvidó a que habíamos venido.*
- *es su profesión, es su trabajo y debe hacerlo con cariño y con gusto, no con morbo.*
- *en el seguro son bien tardados para los trámites.*

- *en el particular te dan explicaciones previas, haber se ha hecho usted estos estudios, consisten en esto y esto y en el seguro sólo te dicen quítase su ropa y póngase la bata, súbase aquí y se abre de piernas, aunque ya sabe uno a lo que va se crea cierto temor.*

Periodo de visitas:

Estos periodos se diferencian además de los problemas que presentan por la preocupación que tiene de su salud la mujer. Por una parte, en edades tempranas, son esporádicas o hasta que se restablece y en los casos de edades adultas, son más frecuentes por la preocupación que despierta el contar con un estado de salud óptimo.

Siete de las mujeres entrevistadas reportaron acudir periódicamente para someterse a revisiones, chequeo general o para realizar estudios diversos, de las restantes, acudieron sólo en una ocasión 3, sólo durante el embarazo 3, para seguir un tratamiento 2 y por algún tipo de sintomatología presentada, es decir esporádicamente 2.

- *después de un año cada seis meses me iba a revisar el dispositivo y a hacerme el papanicolao.*
- *después acudí porque tenía molestias.*
- *acudí varias veces durante el embarazo para que llevara el control y las revisiones pertinentes para que no hubiera ninguna complicación al dar a luz.*
- *seis meses después, fui a que me checaran porque tenía molestias, cólicos muy fuertes...hace como seis meses fue mi última cita, ya las veces que iba solo eran revisiones generales.*
- *procuro cada año hacerme estudios de senos, de papanicolao y los avances que hay, la coloscopia.*

Exploración médica:

La mujer crece sin conocer su cuerpo y se le educa a que las zonas genitales son zonas inabismables e inexplorables; al acudir por cualquier motivo al médico ginecólogo se siente desprotegida e invadida en su privacidad e intimidad

cuando éste interroga sobre su salud sexual o reproductiva; inspecciona o palpa dichas zonas.

Las participantes, durante sus visitas al ginecólogo fueron interrogadas, 16 de ellas fueron revisadas por medio de palpaciones en diferentes partes de su cuerpo y a 14 se les practicó el tacto.

- *me hicieron el tacto para ver si ya me iba a aliviar y cuanto tiempo me faltaba.*
- *nunca me hicieron el tacto, solo revisaban mi vientre y mis senos.*
- *dijo que iban a meter los dedos para ver la dilatación y que iba a doler poquito, pero me dolió mucho y además no me dijeron donde los iban a meter.*
- *me lastimo cuando metió los dedos por dentro, los movía muy bruscamente.*
- *agarró un coloneta, me lo metió y sentí muy feo, me ardió.*
- *solo me revisaron por encima*
- *el doc me preguntó: ¿quieres abortar? y yo le dije que no, porque me daba miedo el legrado, él vio mi miedo y dijo: ¿Saben tus papas? ¿Cuándo te hizo el tacto que paso? metía su mano y sacaba cosas y al mismo tiempo tocaba el vientre, también revisó mis pezones.*
- *no puse mucha atención en las preguntas ni en las cosas que utilizó, estaba nerviosa.*
- *me recostó en el silloncito y se puso unos guantes, me toco y me saco como una especie de pajas que no tenían ningún olor.*
- *me daba pena contestarle ya que creo que eso es algo privado y personal y le dije que si era necesario que le contestara.*
- *me revisó pero yo estaba temblando por lo que me dijo: "tranquila, si quieres ven mañana que estés más tranquila".*
- *me comenzó a preguntar por qué iba, ¿trabajas o estudias?, ¿te sudan las manos? y me toco, no te preocupes, no te voy a revisar para que no estés nerviosa...también comenzó a preguntar sobre mi vida sexual y yo le dije que era personal y además no me dejaba responder porque preguntaba todo de un jalón, así que me salí y dijo que si sabía para que era un ginecólogo.*
- *me había preguntado que si era mi primera vez, que si había tenido relaciones sexuales nada más con una persona o si ya había tenido con varias personas relaciones sexuales, si con protección y todo.*
- *me sentí incómoda con la serie de preguntas que me hizo y una de ellas fue: ¿has tenido relaciones sexuales?, ¿has tenido algún aborto?, cuando en mi vida pensé*

tener relaciones sexuales a los 14 años, me hizo descubrirme el vientre y me dio pena que me dijera que me bajara la pantaleta hasta donde comenzaba el vello púbico.

- *hizo la pregunta de rigor que hacen todos los ginecólogos ¿a qué edad tuviste relaciones sexuales? ¿has tenido una sola pareja? ¿con qué te cuidas?, eso es lo peor que puede hacer un ginecólogo, es muy incómodo, esta ocasión me molesté mucho y le dije: "¿qué no primero se le pregunta al paciente a qué vino, antes de que se le cuestione?", él me pidió una disculpa.*
- *me preguntó si ya había tenido relaciones sexuales, o si había tenido sexo oral o anal y eso me incomodó mucho, me preguntó si me masturbaba o si tenía alguna preferencia sexual y eso no me gustó porque estaba yo nerviosa y era la primera vez que iba y me hizo muchas preguntas.*

Intervención médica:

Si una exploración ginecológica es difícil de enfrentar, todavía más lo es una intervención debido a que los sentimientos de invasión a la intimidad, la pena y el miedo aumentan. Si consideramos además que en la mayoría de los casos se carece de información acerca de los métodos y procedimientos utilizados, sólo queda nuevamente aguantar, perder el interés por continuar y en casos reducidos cambiar de opción.

Se encontró que 14 de las mujeres se sometieron a diferentes pruebas y estudios, a 13 se les administró algún tipo de medicamento, con 11 de ellas se utilizó algún tipo de instrumento durante la revisión, 7 concluyeron su embarazo con parto natural, 6 se sometieron a alguna cirugía y a igual número proporcionaron algún anticonceptivo.

- *¿por qué no querías el legrado? me daba miedo, es cuchillo y pienso que me van a ultrajar o algo así además el médico dijo que corría riesgos.*
- *utilizaron el pato y me metieron una cámara para ver si mi matriz estaba en buen estado.*
- *me practicaron un congelamiento debido a una infección que tenía, me enseñó una varita...y estaba fría, la metió en mi parte y comencé a sentir frío, no sé cuánto tiempo hasta que estaba todo frío por dentro y me dijo que con eso ya no volvería a tener esa infección, se siente horrible, como si te metieran un hielo.*

- *me abrieron como si fuera cesárea y tengo un hoyito aquí (señala el vientre de lado izquierdo) para la manguera que iba a drenar, buscaron el bebé pero estaba atrás del ovario encarnándose, entonces el doctor quito al bebé y trato de reconstruir el ovario porque estaba encarnándose y también tuvo que quitar el ovario.*
- *el doctor decidió quitarme la matriz porque en los estudios que me hicieron me dijeron que mi matriz estaba creciendo.*
- *me operaron un quiste del seno.*
- *cada año me practico el papanicolao y la colposcopia.*
- *¿por qué razón te hicieron la salpingoclasia? porque ya mis dos últimos embarazos fueron de alto riesgo entonces se tomo la decisión de que me operaban para que ya no tuviera hijos.*
- *¿qué tipo de intervenciones han sido? dos cesáreas, la del pecho y la histerectomía.*
- *me reviso la ginecóloga pero no me dijo, nada mas me pregunto que como me controlaba y ya le dije yo, que con las pastillas y me dijo que me iban a internar porque me iban a operar pero yo no sabia ni de que ya hasta que salí de la operación dijeron que habia sido un legrado que tenia ya mucha sangre en el cuerpo y estaba reaccionando la matriz.*

Los datos que integran las categorías hasta aquí señaladas se encuentran en el cuadro 2.

Atención Ginecológica recibida.

Nombre	Motivo de Consulta	Edad en la visita	Acompañante	Sexo del personal médico que atendió	Tipo de Exploración	Intervenciones médicas realizadas	Frecuencia de visitas	Tipo de servicio médico utilizado.
Karina	Embarazo Tumor en seno y matriz Infecciones vaginales Revisiones generales	18	Pareja, sola	M, F	Interrogatorio, palpación, tacto	Parto, uso de instrumentos, estudios, cirugía, anticonceptivos, administración de medicamentos	Revisiones periódicas	Privado, IMSS
Aide	Embarazo Tumor en seno y matriz Revisiones generales	17	Sola	M	Interrogatorio, palpación, tacto	Parto, uso de instrumentos, estudios, cirugía, anticonceptivos, administración de medicamentos	Revisiones periódicas	IMSS, Hospital de PEMEX
Marcela	Embarazo, legado	19	Mamá	M	Interrogatorio, palpación, tacto	Parto, uso de instrumentos, estudios, cirugía, anticonceptivos, administración de medicamentos	Revisiones periódicas	IMSS, Salubridad
Jesca	Embarazo Infecciones vaginales Revisiones generales	19	Pareja, sola	M, F	Interrogatorio, palpación, tacto	Parto, uso de instrumentos, estudios, anticonceptivos, administración de medicamentos	Revisiones periódicas	Privado, IMSS
Tania	-	-	-	-	-	-	-	-
Paloma	Periodo menstrual irregular	13	Madre	M	Interrogatorio		Sólo una vez	Privado
Daniela	Primer menstruación tardía	13	Madre	F	Interrogatorio, palpación	Uso de instrumentos, estudios	Revisiones periódicas	Privado
Lucía	Embarazo de 2 meses	16	Tía	M	Interrogatorio, palpación, tacto	Estudios, parto, anticonceptivos	Sólo durante el embarazo	ISSTE
Isabel	Violación	16	Mamá	M	Interrogatorio, palpación, tacto	Uso de instrumentos, estudios, administración de medicamentos	Sólo una vez	Privado
Verónica	Decremento excesivo meses	18	Papa	M, F	Interrogatorio, palpación	estudios, cirugía, administración de medicamentos	Tratamiento	Seguro Social
Nayeli	Embarazo de 5 meses Infección vaginal	17	Sola	M	Interrogatorio, palpación, tacto	Uso de instrumentos, estudios, cirugía, administración de medicamentos	Sólo durante el embarazo	Privado, Hospital Juárez
Cecilia	Flejo vaginal	21	Sola	M	Interrogatorio, palpación, tacto	Uso de instrumentos, administración de medicamentos	Por sintomatología presentada	Privado
Maira	Apeño a los 2 meses de embarazo	17	Pareja	M	Interrogatorio, palpación, tacto	Uso de instrumentos, estudios, administración de medicamentos	Sólo una vez	Privado
Silvia	Suspección de embarazo Infección vaginal Embarazo ectópico	19	Hermana, pareja	M	Interrogatorio, palpación, tacto	Uso de instrumentos, estudio, parto, cirugía, administración de medicamentos	Tratamiento	Privado
Suzana	Suspección de embarazo Ritmo en menstruación Infección vaginal	17	Tía	M, F	Interrogatorio, palpación, tacto	Administración de medicamentos	Por sintomatología presentada	Privado
Abigail	Ritmo de menstruación Embarazo	14	Mamá	M	Interrogatorio, palpación, tacto	Estudios, parto, administración de medicamentos	Sólo durante el embarazo	Control de salud y Privado
Bianca	Infección vaginal Aplicación anticonceptivo Embarazo	17	Sola	M	Interrogatorio, palpación, tacto	Uso de instrumentos, estudios, parto, anticonceptivos, administración de medicamentos	Revisiones periódicas	Privado
Melania	Infección vaginal desde la primera menstruación Quistes en los ovarios Molestias en la matriz	14	Sola	M, F	Interrogatorio, palpación, tacto	Estudios, administración de medicamentos	Revisiones periódicas	Privado

Cuadro 2: Muestra los datos considerados de atención ginecológica recibida por las participantes.

Tratamiento y/o seguimiento:

Muchas mujeres al sentirse “bien” desde su perspectiva de salud no concluyen sus tratamientos ni continúan con las recomendaciones de chequeo posteriores, a menos que se interponga un real interés por parte de la paciente o el médico designe cuando ella puede considerarse dada de alta.

En los casos donde acudían por motivo de una infección vaginal fueron tratadas con óvulos, pastillas y/o pomadas, en los casos de embarazo sólo recibían recomendaciones para el cuidado de su estado o bien vitaminas, en casos de desordenes hormonales, recibieron hormonas para regular sus periodos menstruales, cuando tuvieron sospecha de embarazo les informaron del uso de anticonceptivos y en algunos casos fueron utilizados, en los casos donde existió aborto, medicamentos para limpiar el útero y controlar dolores, también se recomendaron en la mayoría de los casos realizaran estudios pertinentes.

- *ahorita me sale un tipo de infección muy ligera pero dice el doctor que ya es por la edad, casi casi así como que la menopausia, que ya mi cuerpo deja e producir hormonas que hay resequedad y ya me mandan tratamiento: óvulos o lubricantes.*
- *me empezaron a dar medicamento (hormonas) para que me disolviera el quiste.*
- *por los baños públicos agarrabas cualquier infección, en cualquier lado y te recetaban óvulos.*
- *me sentí mal durante mi embarazo, fui al seguro y me recomendaron unas pastillas, vitaminas (hierro y calcio) y reposo.*
- *me dio un antibiótico para una infección vaginal.*
- *me dio una pastilla para los residuos y me dijo de un legrado pero yo le dije que si era necesario porque yo no quería y dijo que no.*
- *el doctor dijo que después de reglar me tenían que hacer pruebas como el papanicolao y una mastografía porque tengo un quiste en el seno derecho.*

Expectativas:

Las mujeres esperan que cuando se presenta un problema en su salud reproductiva o sexual, terminen lo más pronto posible con lo que afecta su salud. Por una parte cuando existe embarazo se sienten responsables por sus bebés y

cuando se trata de infecciones, abortos, violaciones o cuestiones que causan rechazo en la sociedad, se mueven por el miedo a ser marginadas, discriminadas, denigradas y criticadas; por lo tanto, sus expectativas están dirigidas a salir adelante del padecimiento.

Por otro lado, las mujeres en edad adulta con una estabilidad familiar y social, esperan que su salud camine lo mejor posible por su responsabilidad de mantener el estatus social adquirido. Aquí la expectativa gira alrededor de la atención recibida, buscando la mejor alternativa.

En el caso de algunas mujeres las expectativas giraban en torno al cuidado de su salud y por lo tanto no daban tanta importancia al trato como tal por parte de los médicos, en cambio en otras, acudían con miedo y pena, esperando sólo resolver lo que se presentaba en el momento y no volver a ver al médico.

- *es necesario visitar un ginecólogo antes y después del primer contacto sexual para obtener información de los riesgos de contraer alguna infección, el de prevenir un embarazo, etc.*
- *las visitas ya no eran con temor ni angustia, ni tampoco pena, al contrario eran de felicidad y curiosidad al saber como se iba desarrollando mi bebé.*
- *tenía miedo, no sabía en sí que me iba a hacer porque mis papás nunca me habían comentado lo que era un ginecólogo.*
- *temor porque me daba miedo que me agarrara mis partes, que me fuera a lastimar o algo así.*

Prospectivas:

Las pacientes valoran la actividad del médico dentro de un marco cultural donde él es el que conoce y decide como son las consultas y donde muy pocas de las veces no se escucha a la paciente ni tampoco se crea la confianza esperada, a diferencia con otro tipo de especialista.

En algunos casos no se le daba importancia al trato recibido y referían que era algo normal y necesario, por lo tanto se tenían que aguantar y seguir, mientras

que otros casos sólo lo veían como algo desagradable que esperaban no volver a pasar, o bien se tomaba la decisión de cambiar de médico.

- *¿cómo te sentiste con esta nueva médica? muy bien, me sentía más tranquila, me dio mucha confianza.*
- *yo me tenía que aguantar mi pena.*
- *el doc no me dio confianza... le dije: "usted no es un buen médico" y me salí. Me fui a otro hospital.*
- *¿por qué ya no fuiste? ya me sentía bien.*
- *¿por qué decidiste buscar otro médico diferente? porque esperaba que me dijeran algo diferente, se me hacía algo muy raro y quería mas opiniones.*
- *¿por qué motivo cambiaste de ginecólogo? porque el primero ya trabajaba muy lejos, casi por el sur y daba consultas ya en la noche.*
- *he querido ir a hacerme el papanicolao, tengo muchas ganas pero me da miedo que me vayan a lastimar o que no esterifiquen bien el material.*

Relación familiar y/o de pareja:

En la actualidad la comunicación en torno al tema de la sexualidad dentro de los núcleos familiares es limitada, ya que se carece de información exacta y se le delega a la mujer la responsabilidad de cuidar tanto su cuerpo como el de su pareja. Con esto, al acudir a la atención ginecoobstetra, la mujer se auxilia después de los padres y de personas que puedan comprenderlas.

Las mujeres reportan que cuando se enfrentan con la situación de realizar una visita ginecológica, falta información y comunicación entre la familia y con sus parejas y por lo tanto en su mayoría acuden solas o con algún familiar, esto las hace sentirse solas y desprotegidas, además de sentir una gran presión y responsabilidad de lo que presentan en el momento de sus visitas.

- *tomé la decisión y me fui a poner el DIU a escondidas de mi esposo y luego fui a que me lo revisaran.*
- *primero se pensaba que era por alguna infección en el riñón pero al ver el tipo de infección el doctor me dijo que probablemente mi esposo andaba de canijo por ahí entonces ya lo mandó llamar.*

- *a veces las parejas no ayudan porque a mí me paso, mi esposo cuando yo trabajaba yo le dije que me tenía que hacer estudios y me decía ¡ah, no! y a fuerzas hacia que tuviéramos relaciones para que ya no me tuviera que hacer el estudio y decía: ¿es que es necesario o no?, ¿Cómo es posible que te dejes que te agarre alguien más?*
- *por parte de mis padres recibí una mala información, la cual consistía en que una mujer no debe acudir a un ginecólogo si no ha tenido relaciones sexuales y es casada.*
- *esta primera vez fue una experiencia muy desagradable, además de que no iba acompañada de mi madre porque ella no estaba enterada, también tenía mucho temor al no saber como explicar lo que me sucedía ya que era algo muy íntimo.*

Significados otorgados:

La cuestión subjetiva juega un papel primordial al hablar de la atención ginecoobstetra. De inicio, la sola idea de acudir a consulta crea inseguridad, desconfianza, miedo, pena, entre los más destacados y al mismo tiempo se convierte en la razón principal por la que muchas veces se retrasa una visita al ginecólogo. Una vez que se toma la decisión de acudir se piensa en ¿a dónde acudir?, ¿con quién?, ¿voy sola o acompañada?, ¿qué pasará ahí adentro?; lo peor llega al tener que someterse al interrogatorio preliminar porque son cosas "íntimas" que muchas de las veces ni con nuestra familia o amistades más cercanas compartimos y no queda de otra más que ventilarlo, todo sea por nuestra salud. Ya durante las revisiones el solo pensar que alguien nos observa "ahí", "ese lugar privado", causa sentimientos de miedo, pena, inseguridad e indefensión. Cuando se trata de seguir un tratamiento o continuar el proceso sometiéndose a estudios, intervenciones quirúrgicas o suministro de medicamentos crece la angustia.

Todo lo anterior no se presentaría si contáramos con una educación sexual oportuna, clara, sencilla y sobre todo libre de prejuicios, mitos y tabúes; si se nos informara y explicara con calma lo que nos van a hacer y sobre todo se creara un ambiente de confianza, dando el tiempo suficiente para la realización de las exploraciones e intervenciones. Y lo más importante, garantizar una atención de calidad, sin abusos y con un trato digno.

- me dio confianza aunque no me gusto que me metiera la mano ¿por qué no? no sé, siento que iba a ver cuanto medía mi cola, soy muy pudorosa.
- agarro un colonete, me lo metió y sentí muy feo, me ardió ¿le dijiste a la doctora lo que sentiste? no, solo me moví y dijo que no me moviera.
- ¿por qué no te quejaste? por pena, siento raro, desconfianza.
- ¿por qué tenías miedo de que te tocaran? porque días antes vi una película, la de la mano que mece la cuna y como sale una escena donde el médico no se pone los guantes y yo tenía miedo de que me pasara lo mismo.
- en un programa de tele que vi, la señora tenía una infección y el doctor no le dijo nada, dijo que estaba embarazada y que para la próxima llevara a su marido y en la siguiente cita hablo con el marido que andaba de canijo y la infección era eso del papiloma, yo digo, ¿por qué el doctor no le dijo nada?, entre ellos mismos se cubren, a mí no me dijeron siquiera que tipo de infección era, infelices, yo le digo a mi marido te lo hierves antes de acercarte, porque vi el programa después de ir al ginecólogo y pienso que tal vez el me pego la infección y no me dijo nada el médico.
- ¿por qué te daba pena? porque me iba a ver otra persona ajena a mi pareja.
- en el trabajo de parto fue tan rápido que no me cohibí, ni cuenta me di, ni pensaba en eso, solo en aliviarme y estar bien, en cambio cuando me pusieron el dispositivo vas más consciente, es diferente.
- todas estas visitas con estos médicos estaban llenas de nerviosismo, miedo y enojo. Enojo porque me hacían preguntas, siempre era lo mismo, nervios y miedo porque uno no sabe que le van a decir y después de los quistes no sabía.
- era para mí un trauma porque además de tener bastante busto, ya se notaba la diferencia en tamaño entre una y otra, de echo hasta me tapaba con el brazo y se me quedo la maña de caminar con el brazo doblado al frente como si trajera algo sosteniendo pero era para cubrir, además, no podía levantar el brazo, me pesaba y me dolía y por el mismo peso hasta me acostumbre a sentarme un poco inclinada hacia el lado derecho y hasta se me hizo una pequeña joroba. Estaba dispuesta a pasar lo que fuera con tal de que me quitaran mi trauma, no le tomaba importancia a que me vieran o dijeran algo. Hasta me decían que estaba muy tranquila y que ojalá todas fueran como yo, porque otras se ponían histéricas.
- me daba miedo de que me fuera a meter algo que no.
- cuando me hizo el tacto sentí vergüenza, como era la primera vez y era hombre pues me daba mucha vergüenza y miedo ¿no? porque nunca nadie te había visto ni tocado ni nada.
- una doctora me revisó y me hizo el tacto y sí me molesto, pero yo dije: "a lo mejor es normal, es otro sistema ¿no?" era muy, como muy brusca esa doctora me movía

mucho adentro, o sea yo sentía que me movía... quien sabe porque pero nunca le comente que me lastimaba.

- *me dijo que tenía que hacer un tacto así que me toco y no se pero no era lo que decía sino su forma de mirar, me sentí incómoda y espantada, no quería estar ahí, así que inmediatamente me salí y no quiero regresar.*
- *me hizo un tacto en las bubis para ver si no tenía algún problema, este tacto también me doió porque me apretó un poco fuerte.*
- *¿por qué te daba miedo y vergüenza? porque mi mamá dijo que te abrían las piernas y eso me daba mucha pena, porque te están viendo.*
- *cuando tenía 11 años el médico general que también era hombre, me revisó los senos y no me agrado como me los toco, sentí que lo hacía morbosamente, pero no me lastimo.*
- *para checar la vagina sólo tomo una muestra del líquido que se encuentra en ella y checo que fuera virgen no me lastimó, pero yo pensaba que estaba buscando algo, que si era virgen, creo que me centre mucho en eso.*
- *me daba pena, que me estuvieran viendo todo, yo me tenía que aguantar mi pena.*
- *con las mujeres casi no me daba pero con los doctores sí.*
- *¿por qué tenías miedo y nervios? porque pensé que me iban a oscultar de dudosa procedencia.*
- *me sentía extraña que alguien me estuviera tocando, no me sentía agredida ni mucho menos pero nada más son míos y nadie debe de tocarlos.*
- *¿si no tiene letritas que digan como está (la vagina)?, como si fuera tele, es incómodo que te tengan con las piernas abiertas y más por ser la primera vez.*
- *me incomodaron demasiado tantas preguntas, que no sabe que tengo trece años y es la primera vez que voy al ginecólogo, que me cree qué o qué, yo solo comencé a reglar y en realidad no sabía nada de otras cosas, creo que ni siquiera hablan pasado por mi cabeza y esa doctora preguntaba como si fuera yo una experta en el tema.*
- *yo no sabía que era el tacto y pensé en qué me iba a hacer.*
- *después de la violación, cuando el médico dijo que no era virgen me sentí desesperada porque no había tenido relaciones, además me sentí muy ofendida porque insistía mucho en que había perdido la virginidad de otra manera, además no podía dar crédito a que un médico dijera eso.*

Derechos sexuales y/o reproductivos:

Debido a la falta de difusión de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, así como a los patrones culturales bajo los que somos educadas, se

ignoran en la mayoría de los casos dichos derechos, sin embargo, se tiene una noción de ellos o simplemente se anhela tenerlos. Algunas mujeres reportaron sus inconformidades y la necesidad de conocerlos y hacerlos respetar.

- *derecho a ser libre de expresión, tanto física y verbal sin tener que ser juzgada o tachada de cualquiera. En cuanto a la reproducción, a respetar cuando y cuantos hijos desee tener y por voluntad propia.*
- *todos porque la mujer vale mucho y tiene los mismos derechos que cualquiera (pero aún existe el machismo).*
- *en lo sexual igual a los hombres y en lo reproductivo, tienen más derecho de decisión que los hombres.*
- *derechos sexuales, la información sobre planificación familiar y orientación sexual y reproductivos, a la maternidad, ya sea por penetración, inseminación o cualquier otro medio.*
- *los derechos son poder tener relaciones y tener algún hijo.*
- *tenemos el derecho de que podamos relacionarnos con los demás sin importar el sexo, a desarrollar nuestra sexualidad igual que los hombres y derecho a decidir con respecto a nuestro cuerpo; si lo hay pero con influencia de los hombres o de las propias mujeres como familiares.*
- *libre expresión.*
- *derecho a traer hijos al mundo, a no ser forzadas por su pareja para tener relaciones sexuales, derecho a disfrutar del sexo.*
- *cada quien es responsable de su sexualidad y lo que quiere ser.*
- *derecho a expresarse físicamente aunque es mal visto.*
- *está permitido vivir sin violencia su sexualidad, al tener un apoyo de su pareja.*
- *no se tiene la educación adecuada ni la información.*
- *la educación sexual no se enseña a las mujeres pero debemos de cuidarnos cuando tengamos relaciones sexuales.*
- *las mujeres tenemos una sexualidad muy reprimida por el tipo de sociedad en la que vivimos.*

Marco Legal:

De igual manera que en el punto anterior, se desconoce la forma en que se penaliza o castiga cualquier tipo de abuso y en particular dentro del ejercicio médico, ya que se cree que los médicos en el desarrollo de su profesión saben lo que hacen y "es lo mejor para una". Así mismo, desconocen por falta de difusión,

los procedimientos que se llevan a cabo en caso de ser violados estos derechos en especial cuando se trata de personal médico.

Abusos Médicos:

Regularmente al escuchar los términos agresión, violencia, abuso, se ubican en el contexto familiar; mientras que no consideramos la posibilidad que se lleven acabo en el ámbito de la atención médica, debido a que ubicamos al personal médico dentro de un marco de profesionalismo, ética y respeto entre otros; sin embargo es muy común que los abusos se den en cualquier contexto o relación interpersonal.

Algunas de las participantes ubicaron los abusos tal cuales se presentaron, mientras que otras los reportaron sin considerarlos abusos, es decir, revelaban sus experiencias durante las visitas al ginecólogo con sentimientos de impotencia, inseguridad, malestar, pena, miedo; entre otros.

Abusos Verbales:

- *a una que estaba pujando, paso el doctor y le dijo "¿qué está anunciando sopas maruchan o qué?".*
- *a una señora que estaba atrás de mí, le preguntaron cuando era su última fecha de regla, es que no me acuerdo, es que cómo que no se acuerda, cuánto tiene de embarazo, es que no sé, cómo no va a saber, pero así le gritaban, diga señora, entonces cuándo hizo al niño, no sé; así le gritaban.*
- *cuando llegue con uno de los doctores me dijo sorprendido ¿cómo puedes andar con eso cargando? Pero yo le dije que por eso iba para que me quitaran mi trauma, en realidad no me molestaba porque ya estaba harta de tener tanto busto, me daba pena y ya me estaba acostumbrando a esos comentarios.*
- *cuando le dije al doctor que me dolía, el me decía pues eso hubiera pensado antes.*
- *la doctora que estaba de guardia preguntó que porqué iba, yo le contesté que estaba embarazada y estaba sangrando y ella en un tono muy déspota y grosero dijo: "todas sangran mamacita y todavía te falta más".*
- *a una señora que tenía varios hijos le decían: ya se va a operar, no le da pena.*
- *mientras estaba en el hospital escuche comentarios como: "para que grita, mejor puje, abra bien las piernas como las abrió antes.*

- a mi cuñada cuando fue con un ginecólogo porque tenía cólicos muy fuertes, el tipo le dijo que eso era por no ponerle lo suficiente.

Abusos Físicos:

- le vamos a poner la inyección para que le den los dolores, para que tenga rápido a su bebé.
- en el seguro, todas con sus dolores y pobrecitas todas ahí sangrando, con su ropa toda manchada, ya apenas si se pueden parar y pasan los doctores y se te quedan viendo y ya, son muy cariños y te maltratan porque ahí mismo te hacen el tacto y si es muy molesto, será que yo estaba acostumbrada a que con cuidadito, despacio y ahí les vale, les meten el dedo y no les importa si te lastiman yo creo que lo hacen más al drede si te quejas.
- la doctora me quería romper la membrana y el médico que me atendía regularmente me dijo que no me dejara hacer nada, que el proceso de parto era natural y no tenían porque hacerme nada.
- ¿quién realizaba el tacto? todos los que pasaban, médicos y practicantes.
- la segunda vez que fui me dolió más, sentí que el pato lo abrió más.
- me pusieron una inyección para que me dieran las contracciones.
- el médico dijo que sacarían una muestra de líquido amniótico para analizarlo pero que era rápido, por eso me hicieron el ultrasonido para saber donde podían picar ya que mi vientre era demasiado pequeño porque no tenía mucho líquido, dijeron que del lado izquierdo era donde se podía e introdujeron la aguja, pero no hubo resultado, a mí me comenzaron a dar contracciones y me dolía mucho, ellos como si nada, volvieron a picar pero ahora a la altura del ombligo y nuevamente sin resultado, yo ya no aguantaba los dolores porque el vientre se me ponía muy duro y sentía que el bebé estaba moviéndose muy feo, por tercera vez picaron, ahora a la altura del pubis y por fin obtuvieron la muestra, dijeron que era todo que me bajara y salieron todos, yo no podía ni moverme del dolor.
- me di cuenta que a todas las que estábamos en la sala de recuperación era molesto que los médicos pasaran a realizar el tacto después del parto, ya que estábamos muy sensibles, además de que no era uno, sino que cada médico en turno pasaba a hacer lo mismo.
- las trabajadoras sociales insistían mucho en el método que utilizaríamos para controlarnos y no solo insistían, sino que casi nos obligaban.
- a una señora que estaba a un lado de mí y que tenía como cinco hijos la obligaron por varios medios a firmar para operarla y la señora casi lloraba porque decía que su

esposo ya no la iba a querer porque para él, toda mujer que no podía tener hijos, no servía para nada, pero la regañaron y al marido también, hasta que por fin firmo

- me hicieron un cultivo, me lastimó la enfermera, yo me queje y dijo aguántese.

Abusos Emocionales:

- el doctor le dijo a mi mamá que antes de la violación ya no era virgen lo cual no era cierto porque yo si era virgen él dijo tu himen no es el de una señorita, tu antes ya habías tenido relaciones, además dijo que las mujeres tenemos unas como semillitas que no se desarrollan cuando somos jóvenes sino hasta que tenemos sexo y que yo ya tenía, así que preguntó que cuántas veces lo había hecho, después de insistir el médico conmigo dijo: esta bien si tu no quieres decirme nada voy a hablar con tu mamá y si no quieres decir la verdad, entonces tendrás que venir cada seis meses a hacerte pruebas de enfermedades.
- me molestó cuando me dijeron que si me iba a poner el dispositivo, como yo no quería, a cada rato, me decían que en 2 años no me querían ver de nuevo ahí y a fuerzas querían, iban y me decían ya lo pensó bien.
- ¿le quejaste? no, solo me hice hacia arriba y me dijo que no me moviera y yo le dije es que me está lastimando y dijo, así tengo que hacerte para ver como viene y si ya va a nacer.
- llevo un practicante y me dijo firme esto, sin decirme que era yo cuando leí vi que era una autorización de que me operaran y les dije que por qué si me habían dicho que mi hijo iba a nacer normal, en eso entro el médico y dijo que si ya y comenzamos a discutir porque le dije que no iba a firmar nada y el dijo, "que no ve que su hijo no puede nacer, pero como usted quiera, al fin es usted", hasta le dije de groserías, y le dije, pues si me van a operar deje de hacerse pendejo y ya opéreme, que espera.

Abusos Sexuales:

- él tocó mis senos pero como si estuviera haciendo una caricia, no tenía una enfermera a lado y cuando me hizo quitarme la pantaleta para revisarme, estimuló mi clitoris e introdujo aproximadamente 3 dedos, cuando se supone que lo que iba a ver era el granito que estaba fuera de mi vagina, no sé todavía si era necesario que introdujera sus dedos pero para mí fue algo demasiado desagradable y humillante que me pudo haber pasado con un médico, y todo para decirme que tenía una infección por haberme sentado en un baño público o no haber enjuagado bien mi ropa interior y en cuestión de mis senos eran abscesos por falta de actividad sexual.

- *gracias a esta última doctora, volví a tener confianza en un médico, ya que ella me hizo ver que no todos los ginecólogos abusaban de su profesión y me aconsejó que nunca permita que me revisen si no hay una enfermera a lado o no se ponga guantes antes de hacerlo.*
- *¿cómo diferencias una caricia y un manoseo, de una revisión normal? por la actitud del médico, que tenga cara de maloso, por sus gestos.*
- *una vez escuche a mi tía decir que una muchacha entró al seguro a revisión ginecológica y el doctor la manoseó y la muchacha levantó un acta porque el médico abuso de ella sexualmente en el consultorio.*
- *durante la revisión, no hubo problemas, pero cuando ya estaba vestida y me estaba recetando, me dijo: "estas muy bonita y tienes un cuerpo muy bonito", pensé que como era posible que después de haberme revisado y verme desnuda, me hiciera ese tipo de comentarios, pensé que no era ético y me imaginaba que entonces durante la revisión me veía y me tocaba de otra manera, con morbo.*

CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN

La resignación es una renuncia y una huida. Para la mujer no hay más salida que trabajar por su liberación.

Simone de Beauvoir

Se hizo un análisis de los principales hallazgos encontrados en cada una de las categorías y se contrastaron con los aportes de los autores consultados, teniendo lo siguiente:

Motivo de consulta:

Cuando las mujeres presentan cambios en su estado de salud y una sintomatología particular, perciben, interpretan y etiquetan dichos síntomas tal como lo menciona Bosch y Ferrer (2001). Acuden a consulta médica siempre y cuando el motivo de consulta responde a la demanda del control y supervisión de su función reproductora por ejemplo embarazo, práctica anticonceptiva y prevención de cáncer mamario y cérvico uterino; dejando de lado aquellos casos que atacan el rol reproductivo y estereotipado de la maternidad como un atributo central de las mujeres, tal como los abortos, violaciones o adquisición enfermedades venéreas. En ambas disyuntivas se limitan las alternativas autónomas de las mujeres para decidir sobre su vida, cuerpo y sexualidad.

Las participantes acuden a consulta ginecológica por embarazo, infección vaginal, desorden hormonal, revisión general, sospecha de embarazo, cirugía, asesoría de anticoncepción, violación o aborto.

Cuando acuden por un embarazo es porque en ellas surge la preocupación por la salud de otro ser (su bebe) y no por la propia; angustiadas por los riesgos que puede sufrir el bebe, recordando y teniendo presente que los patrones culturales hacen de ella la responsable de traer los hijos a bien, aún a cuesta de lo que pueda sentir o pensar. Le restan importancia a su estado vulnerable y al malestar físico y emocional propios de la gestación, como por ejemplo, náuseas,

vómitos, mareos, somnolencia, insomnio, calambres, contracciones, cansancio, transformación de la figura, cambios en su estado de ánimo, irritabilidad, tristeza, rechazo, entre los más comunes.

Al presentarse infecciones vaginales ocurren en las mujeres sentimientos de vergüenza y culpa ya que son vistas por la sociedad, particularmente por su pareja como las responsables de padecerlas. Se pone en tela de juicio su fidelidad, pureza y buen comportamiento; aún cuando éstas en el papel de sumisión prefieren callar y no adjudican a su pareja la responsabilidad, a menos que cuenten con el apoyo del médico.

La sospecha de embarazo está muy ligada a los desórdenes hormonales. Las mujeres que acudían por sospecha de embarazo encontraban que era un desorden hormonal no atendido a partir de la menarquía por falta de una adecuada educación sexual y para la salud; al comenzar su vida sexual activa sin protección, aumenta la probabilidad de quedar embarazada porque persiste la ignorancia sobre el asunto. Todavía, saberse no embarazada propicia a que por decisión propia o por influencia del médico utilicen un método anticonceptivo, anteponiendo aspectos como la edad, el rechazo social, el plan de vida, el número de hijos, la inseguridad en la estabilidad de la relación de pareja, entre otros. Como lo sustenta Figueroa (1993) las mujeres son quienes tienen mayor conocimiento y hacen uso en mayor grado de la práctica anticonceptiva.

En cuanto a las cirugías resalta el caso de una participante que se somete a su corta edad a una cirugía plástica y reconstructiva para terminar con las burlas y el hostigamiento a que está sujeta, ya que sus glándulas mamarias son consideradas de tamaño excesivo en comparación al resto del cuerpo; aseverando que es trauma vivir así. Para ella no importaba que su cuerpo fuera usado como objeto de investigación médica.

Ante una violación, la mujer no considera dentro de sus opciones acudir al ginecólogo porque es invadida por sentimientos de vergüenza, temor e inseguridad, tal es el caso reportado por una de las participantes que al verse envuelta en dicha situación, acude sólo por mandato de la autoridad ministerial. No obstante, la experiencia vivida es tan desagradable que elimina la posibilidad de acudir nuevamente.

El embarazo y la función materna han marcado el cuerpo femenino como cuerpo de otros para la preservación y custodia del núcleo familiar, la socialización de los hijos, para la procreación o goce del varón. Habrá también que tratar de esclarecer esa relación entre maternidad, ejercicio sexual y regulación de la fecundidad, que nos lleva a tratar de desentrañar cómo es que vive la mujer su sexualidad, si es únicamente en relación con su deseo de ser madre o, por otro lado, si encuentra placer y por esto considera usar algún anticonceptivo como algo que puede proporcionar goce en la relación sexual, sin la amenaza del embarazo o bien el uso del condón que la libere de contraer alguna infección vaginal. También habría que preguntarse ¿cómo puede hacerse uso del condón aún teniendo el acceso?, si la valoración que se le otorga es a instancias de la censura social y comunitaria, o la prohibición de la pareja no lo permite.

Acompañantes:

Las visitas que realizan las mujeres al servicio ginecológico y/u obstetra son vividas con sentimientos de seguridad cuando van acompañadas, en especial por la madre, reproductora del rol de protectora y cuidadora de los hijos, así también, la compañía de la pareja es gratificante por el hecho de vivir y compartir la sexualidad. De estos dos personajes reciben una supuesta protección, de lo contrario cuando acuden solas experimentan temor, angustia, incertidumbre, tristeza y soledad; y esperan recibir buenas noticias que mitiguen este estado.

Lo anterior coincide con lo descubierto por Daly y Hotelling (1991) de que la feminidad se caracteriza por cuidados, pasividad, delicadeza y dependencia. Cuando en las mujeres aumenta la preocupación por su salud surge la necesidad

imperante de sentirse protegidas y acompañadas por alguien durante sus visitas al médico ya que como comenta Basaglia (1980) existe mayor permisividad de expresión de la sexualidad en hombres que en mujeres porque en las mujeres se limita a la reproducción y a la maternidad.

Sexo del médico:

Los médicos modifican su actitud dependiendo de los aspectos de la enfermedad que están tratando. La relación se vuelve más estrecha en el caso de los ginecólogos y obstetras debido que esta especialización requiere del contacto con zonas consideradas “íntimas” de la mujer.

El discurso médico de los años 80's y 90's asevera que los varones rehusan a someterse a revisiones por parte de médicas a diferencia de las mujeres, para las cuales esta situación es indiferente aún en la revisión ginecológica. Dicho discurso apunta que las mujeres pueden participar en una relación de seducción frente a su médico sin correr ningún riesgo de abuso y considerarlo como tal.

En los datos revelados por las mujeres se encontraron diferencias significativas que desechan la tesis anterior ya que las mujeres adolescentes viven con angustia la posibilidad de mostrar su cuerpo desnudo a otra persona que no sea su pareja y más aún si es del sexo opuesto, en cambio en las mujeres de mayor edad tal angustia no aparece o es en menor grado, debido a que lo importante es recibir un buen servicio, dejando a un lado la pena y el pudor presentes en las primeras.

Tipo de servicio y atención recibida:

Las diferencias existentes en los tipos de servicios dependen en gran medida de lo que se puede pagar por su calidad y su acceso. Con el pago se trata de asegurar una mejor atención, mientras que cuando las mujeres son beneficiarias o derechohabientes tienen que aguantar deficiencias en los servicios

como lo son tiempos de espera prolongados, tiempos de atención reducidos, trato impersonal y actitudes negativas por parte de los prestadores del servicio médico, además de explicaciones poco claras o convincentes e información incompleta e inconcisa.

Aquellas mujeres que se encuentran en niveles socioeconómicos y educativos inferiores no son capaces de expresar sus inconformidades, piensan que “es normal y que así debe ser y por lo tanto deben aguantarse”, así se limita la toma de decisiones sobre su cuerpo, fecundidad, y sexualidad; son víctimas del desprecio, la violencia institucionalizada y el sometimiento al poder masculino (esposo, padre, hijos, médico, jefes) como opina Lagarde (1997).

Coincidiendo con Alcalá (1995), Londoño (1996) y Dobler (1999) debemos estar informadas y decidir sobre nuestra salud sexual y reproductiva, conjuntamente con los profesionales de la salud; no debemos pensar que sólo a las mujeres que acuden a los servicios privados les asiste derecho a una atención de calidad. Es claro que en muchas instituciones públicas las mujeres no somos tomadas en cuenta para opinar y decidir sobre nuestra salud reproductiva y sexual, ya que cualquier decisión por parte del médico al respecto, no se nos explica la causa, porque se considera que nuestro nivel de escolaridad es insuficiente y se nos ha hecho pensar que los servicios públicos son gratuitos y hay que soportar, tal como lo refiere Belleste y Fernández (1997).

Al parecer, quienes pagan en alto costo y están mejor preparadas tienen pase automático para “entender, opinar” y recibir una atención más personalizada. Las mujeres que se atienden en servicios de salud privado encuentran una serie de propuestas modernizadas para la atención de su salud, donde la oferta de alta tecnología médica las induce a decidir por atención excesivamente medicalizada, que las hace sentir más seguras.

Apoyando a autores como Buggs y Casanova (1997), Nájera y Nigenda (1998) y Brofman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (1997), la calidad en los servicios de salud médica, médicos, enfermeras y auxiliares se da cuando:

- ψ Respetan tus decisiones con relación a determinar cuándo, cómo y con quién expresar libre y responsablemente tu sexualidad.
- ψ Respetan tu dignidad como mujer.
- ψ Reconocen tu derecho a vivir de forma diferente, te tratan con amabilidad y toman en cuenta los conocimientos que tienes sobre tu cuerpo.
- ψ Te ofrecen confidencialidad, privacidad, confianza y seguridad para hablar libremente, dándote también la posibilidad de solicitar explicaciones, aclarar dudas y preguntar.
- ψ Utilizan instrumental, ropa, baños y mobiliario en condiciones de limpieza óptimas.
- ψ Resuelven el motivo de tu consulta y te atienden en un tiempo que va de acuerdo a tus necesidades.
- ψ Te informan en un lenguaje fácil, sencillo, claro, sobre qué ocurre con tu salud, qué puedes hacer, qué exámenes necesitas y para qué sirven, qué alternativas de solución existen, qué hacer para evitar futuras molestias y en caso de cirugías, cuál es el proceso a seguir.
- ψ Proporcionan atención completa (integral) a un costo accesible, de acuerdo a tus posibilidades económicas.
- ψ Recibes los medicamentos necesarios para tu tratamiento.
- ψ Te consultan, piden opinión y respetan tus decisiones con relación a algún método anticonceptivo o tengas acceso a la tecnología reproductiva.

De acuerdo con De la Cuesta (1999), Jasis (1997), Schneider (1986), Lain (1983), Daly y Hotelling (1991), Jinich (1998), Bosch y Ferrer (2001); un factor importante a considerar en la salud integral de la mujer es la relación médico paciente, este es un elemento central para la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, porque se pone en juego la subjetividad, las

creencias y los significados de nosotras, tal como lo observamos en los reportes de algunas mujeres al referir la nula posibilidad de expresar deseos y necesidades como la libertad de movimientos, intimidad, no intervenciones, alternativas que faciliten el parto, compañía de la pareja, permanecer en un ambiente agradable. Al contrario, se nos apresura, se nos limita, se nos programa. Además, tanto el instrumental quirúrgico (mesa de auscultación, fórceps, espéculos, etc.) así como la propia posición en el decúbito de las mujeres ala hora de la revisión ginecológica o del parto están pensados en la comodidad del médico para facilitar su labor, teniendo así una posición ventajosa respecto al padecimiento. En esta situación, la mujer como sujeto sensible participa poco o nada de su propia vivencia corporal.

Todas las mujeres son tratadas de manera similar, aunque cada experiencia es única y diferente. El tipo de respuestas que damos las mujeres está afectado por las normas del rol de género, valores patriarcales, de poder y control que prevalece en la sociedad y definen nuestro comportamiento; además, el poder tomar resoluciones, o actuar autónomamente, para nosotras están reducidas por obstáculos de orden psicosocial, cultural y jurídico; así como por las escasas opciones económicas que se nos ofrecen y la consecuente dependencia del apoyo masculino.

Periodos de visita:

Los periodos de visita al ginecólogo en mujeres adolescentes nada tienen que ver con la preocupación y conservación de la salud, están determinadas por visitas esporádicas relacionadas a un estado de salud estable; en cambio con mujeres adultas estos periodos son recurrentes por estar ligados a la preservación de la salud y cuidado de la misma, debido a la dependencia de hijos y de pareja hacia ella, al contrario de las primeras que están en su mayoría sujetas a la potestad de sus padres.

Seguramente, las jóvenes al llegar a su edad adulta cambiarán su percepción actual porque como Gagnon (1990) menciona, la gente mayor regula el comportamiento de los jóvenes. Lo anterior obedece a que la sexualidad es un proceso de socialización, es una conducta aprendida que se transmite por el lenguaje y está determinado por la época, el lugar, las circunstancias, el tiempo y la cultura en general. De ahí las diferencias perceptivas encontradas en las mujeres de edad adulta y las jóvenes.

Exploraciones médicas:

En las exploraciones médicas se da un contacto estrecho entre los actores, donde la ansiedad e inquietud son comunes. Se debe tranquilizar al paciente, dar explicaciones, crear un ambiente de confianza y no retrasarse demasiado en la revisión de alguna parte del cuerpo.

La mirada como primer medio de comunicación entre el médico y el paciente se puede interpretar como retadora, envolvente, concesiva, irónica, despectiva, petitiiva, efusiva, etc. Todo depende de la parte del cuerpo que se mire.

Las expresiones verbales durante las exploraciones se espera que vayan dirigidas a la enfermedad, padecimiento o motivo de consulta, si bien estas expresiones pueden ser encaminadas a reducir la angustia y establecer la empatía con la paciente, en ocasiones las mujeres son víctimas de un sin número de comentarios que poco o nada tienen que ver con diagnósticos y tratamientos y son consideradas como agresiones a su condición.

Las exploraciones médicas son iniciadas con un interrogatorio que es vivido por las mujeres adolescentes como una invasión a su intimidad, no es nada fácil contar al médico (menos si es del sexo opuesto) los detalles de la vida sexual y reproductiva sobre todo en la primer visita, ya que es considerado un desconocido. Sin embargo cuando se crea un ambiente de confianza se hace un

esfuerzo por dejar de lado los prejuicios morales. Las mujeres adultas aceptan los interrogatorios con mayor tranquilidad y son más abiertas a brindar la información requerida, ya que están plenamente convencidas de su importancia.

Cuando se trata de una inspección y palpación aumenta el pudor y se sobrevive a esta experiencia con sentimientos encontrados y deseos de no volver a pasar por ello. En gran parte esto es consecuencia de la educación sexual mal orientada y de la saturación de argumentos religiosos, mitos y tabúes persistentes en nuestra sociedad. La falta de preparación previa en cada exploración impide que se propicie la relajación, tranquilidad y seguridad en las mujeres, además de crear confianza hacia el médico para aclarar sus posibles dudas; en el caso de la técnica del tacto practicada durante embarazos, realización de pruebas o exámenes o la determinación de un diagnóstico; las usuarias desconocen en general el procedimiento, por lo tanto no se reclaman, ni se expresan las molestias.

El contacto físico se debe vivir e interpretar tanto como por el médico como por la paciente como un instante de relajación, alivio, compañía y placer, pero de ninguna manera como un placer erótico y/o sexual.

Intervención:

Durante la intervención, indudablemente el paciente se convierte en un objeto manipulable. El médico utiliza el cuerpo y realiza maniobras con él sin permitir a las pacientes sentir o expresar sentimientos y pensamientos; se vuelve ajeno a la relación interpersonal que se pudo establecer en algún momento.

Un ejemplo claro de lo anterior se denota en la creciente medicalización de la atención de salud de la mujer, el incremento en el número de intervenciones médicas en los procesos naturales de la vida de una mujer, el uso de cierta tecnología estrechamente relacionada con la preferencia particular del médico, la

administración sugerida o muchas veces impuesta de anticonceptivos sin preocupación por el bienestar de la mujer.

Tratamiento y/o seguimiento:

De cómo se desarrollen la exploración y la intervención médica será la respuesta que de la mujer al seguimiento y tratamiento; bien sea por subordinación (permitiendo que se sigan controlando su cuerpo), o bien alentando la toma de decisiones en la participación activa.

Otras determinantes de las repuestas originadas en la mujer, dependerán en gran parte de la edad y del motivo de consulta. Las adolescentes por ejemplo no dan la importancia que merece su salud sexual y reproductiva y en cuanto muestran signos de mejoría pueden abandonar los tratamientos y recomendaciones del médico. Así también cuando se acude para seguir un embarazo se limita sólo el periodo de gestación, finalizando con el parto o postparto.

Expectativas y prospectivas:

Lagarde (1997) afirma que la mujer vive su sexualidad en un lugar de opresión, tensión, sojuzgamiento, de conflicto y ambivalencia; al respecto considero que el desarrollo de la mujer como persona no es absoluto y el desarrollo de todas sus capacidades es incompleto. En tanto no se reconozca esto, ¿cómo se puede hablar de un estado de salud en la población, tomando en cuenta la importancia del papel que jugamos como reproductoras sociales?, ¿cómo es que una sociedad puede estar sana, cuando esa parte de la población a la que se le ha asignado el papel de reproductora cotidiana, de transmisora de valores y normas, vive esta cotidianeidad precisamente como lugar de opresión y de conflicto?

Las mujeres cargan con una gran responsabilidad, experimentan miedo a la marginación, y su principal expectativa al realizar una visita al médico es salir lo

más pronto posible de la situación que las aflige, mejorar su salud, y en casos reducidos si no quedan satisfechas con el servicio o la atención recibida, buscar otras de alternativa donde encuentren lo que esperaban desde el inicio.

Relación familiar:

La sexualidad se refleja en la relación con otros; es el conjunto de comunicación, afectividad y placer y de modo complementario la reproducción. Sin embargo parece ser que es vivida y limitada a su función reproductiva.

La relación familiar es considerada como punto de partida para la atención de la salud sexual y reproductiva. Por un lado ubicamos a las mujeres que dependen aún de sus padres y se ven obligadas a atender su salud porque existe una comunicación abierta y una preocupación por parte de los progenitores que las lleva a actuar. Por otro lado tenemos a las mujeres que dependiendo también de sus padres, no cuentan con el apoyo ni la comunicación y es entonces cuando el interés y la responsabilidad se interioriza en ellas de manera más conciente. Finalmente para los casos de las mujeres adultas, su relación de pareja afecta de manera directa la atención de su salud, provocando sentimientos de soledad, indiferencia, necesidad de apoyo, es entonces cuando acuden a la compañía de la madre, la hermana, o con quien minimice estos sentimientos.

Significados otorgados:

A las mujeres se nos ha hecho creer que lo importante en nuestras vidas es únicamente cuidar a los demás y no cuidarnos a nosotras mismas primero. Además como Basaglia (1980), Hernández (1997) y Lagarde (1997) opinan, el cuerpo y la sexualidad femenina son vistos como cuerpo y sexualidad de otros, llevando consigo su control. Al relacionarnos en la consulta médica, el médico pretende normar los hábitos, modificar las creencias, anular las explicaciones que como paciente tenemos de nuestro padecimiento, es decir, la representación y práctica médica excluye la dimensión social del sujeto enfermo y los significados culturales que un sujeto da a su enfermedad.

Los significados otorgados a la práctica ginecoostetra están determinados por la subjetividad de la mujer caracterizada por inseguridad, desconfianza, miedo, conservación de la intimidad, sentirse observada, indefensión, angustia, razones para retrasar visitas, ambiente de confianza, calidad de atención, trato digno sin abusos de ningún tipo.

Derechos sexuales y reproductivos:

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son inherentes a nuestra naturaleza como seres humanos y el ejercicio de la sexualidad es decisión y responsabilidad de cada una, mientras no se transgreda a los otros.

Algunas culturas o sociedades niegan toda posibilidad de expresión de la sexualidad. Esto se ve reflejado en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que aún en nuestra época no son conocidos del todo por las mujeres y no son respetados por las instituciones, el personal médico y grupos sociales, entre otros.

La procreación es una función fisiológica; no obstante según López (1998), los médicos han llegado a verla como patológica. Por consiguiente, las mujeres parturientas han cargado con el estigma de enfermas. Hay que educarnos para que nos animemos a tomar la rienda de nuestra salud reproductiva y sexual con responsabilidad quitando dicho estigma comenzando por distinguir nuestros órganos sexuales y reproductivos por su nombre original y no por mote o calificativos.

Es incuestionable que las mujeres necesitamos conocer y enfrentar alternativas viables para nosotras mismas. Debemos informarnos, tomar conciencia y participar en los cambios necesarios que afectan nuestra salud sexual y reproductiva.

Marco legal:

A pesar de que existen documentos que garantizan la protección y cumplimiento de los derechos de las mujeres, predomina la ignorancia y la falta de información y divulgación de los mismos. Esto representa un obstáculo para la perspectiva de género que busca, equidad, respeto y calidad de vida para las mujeres.

La sexualidad también sufre consecuencias en sus avances dependiendo como hasta ahora de mitos, tabúes o paradigmas religiosos y culturales.

Abusos médicos:

Los abusos cometidos contra las mujeres se mantienen aún como asuntos privados, íntimos y vergonzosos a pesar de las acciones y denuncias de grupos sociales sobre todo feministas. La génesis se ubica en la lucha de poder entre los sexos, la educación desigual, la influencia de los medios de comunicación y la reproducción de una sociedad patriarcal y machista

Cuando se presenta algún tipo de abuso como los descritos por Corsi (1997), Ramírez (2000) y Riquer, Saucedo y Bedolla (1998) por parte del personal médico, las mujeres tienden a minimizar los eventos violentos debido a la vergüenza individual, culpa, lealtad al agresor, temor de recriminación y tabúes sociales asociados con la victimación. Sin embargo, en la atención médica no debemos permitir que los proveedores de salud bajo el pretexto de que una mujer no sabe o que el médico tiene la última palabra; presionen, humillen, agredan, ordenen, condicionen, ignoren a la pareja, regañen, ridiculicen, juzguen, apresuren, decidan por una, callen, amenacen, descalifiquen, infantilicen y/o insulten.

A pesar de que existe una tipología de los abusos: verbales, físicos, psicológicos y/o emocionales y sexuales, en la práctica médica no se reconocen, por la ética y profesionalismo adjudicados a sus representantes. Aún cuando estos

se pueden dar en cualquier contexto o relación interpersonal. No obstante las mujeres reconocen haber experimentado sentimientos de malestar, pena, miedo, impotencia e inseguridad durante las exploraciones e intervenciones médicas.

En el siguiente apartado se presentan las conclusiones generales derivadas del análisis y la discusión de los resultados de este estudio.

CONCLUSIONES

La teoría del género nos abarca e incluye a todos. Está construida históricamente respondiendo a usos y costumbres del lugar y de la época, para percibir comportamientos, relaciones y decisiones, derechos y responsabilidades

Indudablemente las diferencias por género que se expresan en algunas situaciones tienen un importante efecto sobre la salud de la mujer a lo largo de su ciclo vital. El interés internacional por la mujer, así como la convicción de una equidad entre los géneros es un objetivo ético y al mismo tiempo una herramienta para el desarrollo. Las desigualdades en la salud de grupos de diferente nivel socioeconómico son marcadas, tal es el caso del acceso a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Lo relevante de la investigación cualitativa, en este tipo de estudios es que otorga elementos para ejemplificar la situación actual de la salud femenina de una manera crítica y analítica más que con números fáciles de contar pero complejos para entender. Tal es el caso de los estudios demográficos, que nos exponen la salud sexual y reproductiva de la mujer con datos cuantificables de embarazos, abortos, relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual, violaciones, uso de anticonceptivos, entre los más importantes.

La investigación se centró en los significados conferidos por las mujeres a las exploraciones e intervenciones médicas, particularmente en zonas corporales consideradas sexuales y reproductivas, es decir, qué piensan y sienten antes, durante y después de éstas. Resaltando sentimientos de angustia, coraje, miedo, decepción, conformidad, entre otros; así como la influencia de estos de manera radical en la atención de su salud.

Un motivo importante que me llevó a realizar esta investigación está ligado a mi condición de mujer y las experiencias ginecoobstetras vividas. Tratando de

comprender si la relación médico-paciente que experimenté era igual, similar o diferente a las experiencias de otras mujeres.

La metodología que utilicé me permitió alcanzar el objetivo por su carácter cualitativo y flexible. De establecer otra metodología hubiese abarcado datos relevantes aunque básicos, sin lograr profundizar y percibir aquello que mueve a las mujeres y es ignorado.

El conocer y aplicar diferentes tipos de metodologías permite a los investigadores sociales, comprender los procesos psicológicos del ser humano sin limitarse sólo a observar y medir lo que dicen y hacen las personas. Es necesario englobar lo que perciben del otro, lo que sienten y piensan, permitiendo de esta manera involucrarnos con las (os) participantes de las investigaciones, detallando así las problemáticas presentadas y dar un peso preeminente a la cuestión emocional y psicológica sobre lo físico, biológico, social y cultural.

Los hallazgos encontrados pueden ser considerados como ejemplos de algunas situaciones experimentadas por las mujeres que viven en una sociedad con características machistas, patriarcales, de poder, de autoridad, de jerarquías, de control, religiosas. Derivado del análisis se obtiene lo siguiente:

- ψ La intervención a los cuerpos de las mujeres implica la puesta en práctica de dos jerarquías: hombres sobre mujeres y profesionales sobre usuarias.
- ψ En la revisión ginecológica existen elementos erotizantes (cuando el médico es varón) matizados por relaciones de poder como lo es la relación hombre mujer (donde la identidad masculina es receptiva de aspectos sexuales femeninos) y la relación médico paciente (donde adquieren poder la experiencia y posición del profesional que mira desnudo el cuerpo de una mujer con un pudor relativo). ¿Existe un

erotismo habitual y espontáneo, o bien la mujer dentro de su subjetividad y percepción se lo transfiere y otorga al médico?.

- ψ El cuerpo de la mujer es visto como máquina cuando se evidencia la separación entre cuerpo y persona, y en consecuencia no se consideran las sensaciones de dolor y pena.
- ψ El uso y abuso del cuerpo femenino se ajusta a una cultura sexista que reproduce la sumisión de la mujer frente al varón y acepta la negación del goce de su sexualidad limitándola nuevamente a su función reproductora y maternal.
- ψ La investigación cualitativa es el puente para conocer los significados culturales, comprender las perspectivas de los participantes, así como interpretar y analizar la subjetividad para actuar sobre las desigualdades de género. Gracias a la utilización de entrevistas como instrumento para recabar información, recuperé los argumentos, las vivencias, experiencias y posturas ante determinadas situaciones expresadas con sus propias palabras. Permitiendo entender las condiciones que viven las mujeres

Los aportes de investigación son esenciales para avanzar en el terreno de la salud reproductiva y sexual, sobre todo si se realizan enmarcados en una perspectiva de género y de forma cualitativa; creando espacios para la difusión de dichas investigaciones y logrando así una nueva cultura de equidad, libre de ignorancia y prejuicios; la subjetividad es entonces el vínculo entre la sexualidad, la salud y las relaciones de género en cualquier ámbito.










Los hallazgos reportados representan problemáticas sociales de inequidad de género, ilustrados en la subordinación de las mujeres. Estas problemáticas continúan y son susceptibles de agravio.











Se exhorta a investigar, partiendo de la premisa que la solución está en la participación activa de los diferentes actores de la sociedad. Los grupos informados, gubernamentales y no gubernamentales influyen en las determinaciones que tomen los gobiernos para instaurar, promover y aplicar leyes, reglamentos o programas coercitivos para instituciones de salud, personal médico, derechohabientes o beneficiarios.












Conviene incluir en la investigación con mujeres tal como lo expresan Ortega, Torres y Salguero (1998) pautas éticas, consentimiento informado de las participantes, confidencialidad, procedimientos de evaluación e investigación, ya que la mujer no ha estado debidamente representada en la investigación o los ensayos científicos.













Por su parte, las mujeres necesitamos informarnos, hacer preguntas, leer, documentarnos, entender y pedir un análisis detallado de la seguridad, los beneficios y los riesgos de la tecnología médica. Debemos trabajar por nuestra cuenta o en grupo, para exigir en el sector salud información precisa y adecuada sobre exploraciones e intervenciones de salud.













REFERENCIAS












-  Alcalá, M. J., (1995) "Definición de conceptos y derechos", En: **Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos**. Nueva York: [Family Care International](#). Pp. 16-17.
-  Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid, España: Pirámide.
-  Amuchastegui, H. A. (1996). El Significado de la Virginitad y la Iniciación Sexual. Un Relato de Investigación. En: I. Szasz & S. Lerner (Eds). **Para comprender la Subjetividad: Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad**. (137-172), México, D.F.: El Colegio de México.
-  Balaguero, L. (1971). **El carcinoma in situ del cuello uterino**. Barcelona, España: Espoxs.
-  Ballesté, M. & Fernández, A. M. (1997) "Derechos reproductivos y cesáreas", En: **Cesáreas: Tendencias actuales y perspectivas** (55-64). México: Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México.
-  Barragan, F. (1991). **La educación sexual**. Barcelona, España: Paidós.
-  Basaglia, F. (1980). **La mujer y la locura**. México, D.F.: Extemporáneos.
-  Bosh, F. E. & Ferrer, P. V. (2001). **El análisis de género: una revisión necesaria en psicología social de la salud**. Psicología y Salud, 11(1), 5-16.
-  Briones, G. (1998). **Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales**, México, D.F.: Trillas.









-  Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C. & Oviedo, J. (1997) **del “cuando” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios.** Salud Pública de México, 39 (5), 442-450.
-  Buggs, L. A. & Casanova, P. E. (1997). **¿Quién dijo que todo está perdido?...yo vengo a exigir calidad... en los servicios de salud.** FEM, 166, 24-25.
-  Cabal, L. (s/a). **Cuerpo y Derechos: Protección internacional.** Ed. Epikeia, Justicia con equidad. Marco Internacional de los derechos reproductivos. Salud y derecho a decidir sobre el propio cuerpo. (15-23)
-  Campero, C. L. (1996). **Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género.** Salud Pública de México, 38 (3), 217-222.
-  Casanova, P. E. (1997). **El Modelo de Calidad: Un paso más en las historias de Salud Integral para la Mujer.** FEM, 177, 31-32.
-  Castro, R. (1996). En Busca del Significado: Supuestos, Alcances y Limitaciones del Análisis Cualitativo. En: I. Szasz & S. Lerner (Eds). **Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad.** (57-85), México, D.F.: El Colegio de México.
-  Consejo Nacional de Población (1982)**Colección de la Sexualidad Humana.** Vol. 1. Sociedad y Sexualidad. México, D.F.: CONAPO.
-  Corsi, J. (1997). **Violencia Familiar: una Mirada Interdisciplinaria sobre un Grave Problema Social.** México, D.F.: Paidós.
-  **Cuerpo y derechos: Protección internacional.** Ed. Epikeia, Justicia con equidad. (s/a) La mujer y la Salud: Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW) Recomendación General N° 24 (55-64).
-  Daly, M. J. & Hotelling, K (1991) Psicología y etapas de la vida en la mujer. En: R. Willson (Ed). **Ginecoobstetricia.** (56-65). México, D. F.: Manual Moderno.

-  De la Cuesta, B. C. (1999). **Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección.** Salud Pública de México, 41 (2), 124-129.
-  Delp, M. & Manning, R. (1977) **Propedeútica Médica de Major**, México, D.F.: Interamericana.
-  **Derechos Reproductivos de la Mujer en Mexico: Un Reporte Sombra.** (1997). New York, N.Y.: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas Disponible en: www.reproductiverights.org
-  Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1983), México, D.F.: Salvat.
-  Dobler, L. I. (1999). **La responsabilidad en el ejercicio médico.** México, D.F.: Manual Moderno.
-  Eisenstein, Z. (1973). **Patriarcado capitalista y feminismo socialista.** México, D. F.: Siglo XXI.
-  Figueroa, J. G. (1997). "Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud" En: M. C. Elu, (Ed.) **Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva** (9-51). México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México,
-  Figueroa, P. J. G. (1993) **El Enfoque de Género y la Representación de la Sexualidad. Algunas Reflexiones.** Cuadernos de capacitación en investigación sobre planificación familiar. Cuaderno N° 1. (1-25) México, D.F.: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Planificación Familiar.
-  Folleto informativo **Minutips: exámenes necesarios para toda mujer.**
-  Gagnon, J. (1980). **Sexualidad y Cultura.** México, D. F.: Pax.
-  García, O. (1996). **Sistema Urogenital,** México, D.F.: UTEA.

-  González, M. S. (1997) Hacia una antropología de las relaciones de género en América Latina. En: M. S. González (Ed.). **Mujeres y relaciones de Género en la antropología latinoamericana**. (17-52). México, D.F. El Colegio de México.
-  Gotward, W. & Holtz, G. (1983). **Sexualidad: La experiencia humana**. México, D.F.: Manual Moderno.
-  Harrison (1987). **Principios de Medicina Interna**. México, D.F.: Mc Graw Hill Internacional.
-  Hernández, A. M. (1997). **Hacia ciudadanización y equidad de género en los servicios de salud**. FEM, 177, 28-30.
-  Hernández, E (1999) **Los estudios de Género y la Investigación de la Comunicación en México**. FEM, 196, 15-18.
-  Isphording, A. (1998) **el aliento y los pasos. 10 años de Salud Integral para la mujer**, FEM, 180, 4-8.
-  Jasis, S. M. (1997). Las relaciones entre usuarias y proveedores de salud reproductiva...¿Diálogo de sordos? Un estudio de caso en Baja California Sur. En: **calidad de la atención en salud sexual y reproductiva** (179-199), México: Comité Promotor por una maternidad sin riegos en México.
-  Jinich, H. (1998). **El paciente y su médico**. México, D.F.: UNAM.
-  Katchadourian, H. & Lunde, D. (1983). **Sexualidad humana**. México, D.F.: Continental.
-  Lagarde, M (1997). **Los Cautiverios de las Mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas**. México, D.F.:UNAM.
-  Lagarde, M. (1992). **Identidad de Género**. México, D. F.: El Colegio De México.
-  Lain, P. (1983). **La relación médico-enfermo: Historia y Teoría**. Madrid, España: Alianza.

-  Lazcano, P. E. C., Rojas, M. R., López, A. M. P., López, C. L. & Hernández, A. M. (1993, enero-febrero). **Factores de riesgo reproductivo y cáncer cervico-uterino en la Cd. De México.** (26 párrafos) Revista de Salud Pública de México en Línea, (En red) 35 (1), 65-73. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/35/351-7s.htm1>
-  Leyes y Códigos de México (1996) **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.** México, D.F.: Porrúa.
-  Leyes y Códigos de México (1997) **Ley General de Salud.** México, D.F.: Porrúa.
-  Londoño, E. M. L. (1996). **Derechos sexuales y reproductivos: los más humanos de todos los derechos.** Cali, Colombia: ISEDER.
-  López, L. (1993) **Salud Pública.** México, D. F.: Mc. Graw Hill.
-  López, S. (1995) **La Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes.** México, D.F.: Siglo XXI.
-  López, S. O. (1998) **Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México.** México.: CEAPAC.
-  Martínez, S. C. & Leal, F. G. (1998). Investigación Cualitativa en el Terreno del Sector Salud. En: F. J. Mercado & S. L. Robles (Eds.). **Investigación Cualitativa en Salud. Perspectivas desde Occidente de México.** (9-32), México, D.F.: Universidad de Guadalajara.
-  Master, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1995). **La Sexualidad Humana.** Barcelona, España: Grijalbo.
-  Mitchell, J. (1974). **La condición de la mujer.** México, D. F.: Extemporáneos.
-  Moreno, R. D., Alvarado, G. I. R. & López, G. M. R. (s/f). **Introducción a la Metodología de la Investigación.** México: inédito.
-  Morris, S. (1967) **Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud.** México, D.F.: H.S. Stuttmand.

-  Newland, K (1982) **La Mujer en el Mundo Moderno**. Madrid, España: Alanza.
-  Ortega, C. M. (1990). **Propedeútica Fundamental**. México, D.F.:F. Méndez Oteo.
-  Ortega, S. P., Torres, V. L. E. & Salguero, V. M. A. (1998). **Los aspectos éticos de la investigación en la Psicología de la Salud**. Psicología y Salud, 11, 71-75.
-  Pérez, R. L., Marquez, B. M.L. & Namihira; G. D. (2001). **La percepción del paciente femenino por el personal de la salud. Un aspecto a considerar en la calidad de la atención médica**. Psicología y Salud, 11 (1), 27-38.
-  Rabotnikof, N. (1998). **Público – Privado**. Debate Feminista, 9 (18). 3-13.
-  Ramírez, H. F. A. (2000). **Violencia Masculina en el Hogar**. México, D. F.: Pax-
-  Ramírez, S. T., Nájera, A. P. & Nigenda, L. G. (1998). **Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios**. Salud Pública de México, 40 (1), 3-12.
-  Reyes, Z. H. (1997). **Reflexiones acerca del consentimiento informado en el otorgamiento de servicios de salud**. FEM, 175, 54-55.
-  Ríos, T. G. (2001). **Imágenes de las mujeres públicas**. Fuentes Humanísticas. 11 (21/22), 27-33.
-  Riquer, F., Saucedo, F. & Bedolla, P. (1998). Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública. En: A. Langer & K. Tolbert (Eds.). **Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México** (247-287)
-  Rivas, M. (1996). La entrevista a profundidad: Un abordaje en el campo de la sexualidad. En: I. Szasz & S. Lerner. (Eds.), **Para Comprender la Subjetividad**. (199-224), México, D.F.: El Colegio De México.

-  Salas, V. M. & Hernández, C. A. M. (29991). Los sutiles hilos del poder médico no son fáciles de romper...percepción de proveedoras de servicios de una experiencia de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil. En: **Calidad de la atención con perspectiva de género** (99-125), México: Plaza y Valdés, SIPAM.
-  Sarduy, S. C. & Alfonso, R. A. C. (2001) **Psicología de la Salud y Género. Invisibilidad y retos para el nuevo siglo.** Psicología y Salud, 1 (3), 17-26.
-  Schneider, P. (1986). **Psicología aplicada a la práctica médica. Manual para la comprensión y conducción psicológica del enfermo.** México, D. F.: Paidos.
-  Serret, E. (1997) **Sexualidad y Mujer: del cuerpo a la subjetividad.** FEM, 166, 4-6.
-  Szasz, I. (1998), "Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil", En: J.G. Figueroa (Ed). **La condición de la mujer en el espacio de la salud.** (313-331). México D.F: El Colegio De México.
-  Szasz, I. (1998). **Sexualidad y Género: Algunas experiencias de investigación en México.** Debate Feminista. 9 (18), 77-104.
-  Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1996). **Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación.** México, D.F.: Paidos.
-  Wiesenfeld, E (2001) **La Autoconstrucción: Un Estudio Psicosocial del Significado de la Vivienda.** Venezuela: Comisión de Estudios de Postgrado, Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Central de Venezuela.