



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"El sentido del cuerpo en mujeres frente a una cirugía ginecológica"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Metzli Claudia Ramírez Ortiz

Directora: Dra. Laura Palomino Garibay

Dictaminadores: Dra. Irene Aguado Herrera

Lic. María Luisa Hernández Lira



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2014



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.

AGRADECIMIENTOS

Para todos aquellos que hicieron que se concretara este trabajo.

A mis padres por su motivación y apoyo incondicional desde el inicio.

A mis hermanas que nunca dudaron de mis capacidades y fueron un impulso,

A mis profesores que me brindaron su conocimiento y herramientas necesarias.

A mis amigos que me acompañaron en el proceso e hicieron más ameno el
camino.

Y a la Universidad que hizo todo esto posible,

“Por mi raza hablará el espíritu”

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1 SER MUJER	10
1.1 Aspectos biológicos	11
1.2 Sexualidad femenina: Freud	14
1.3 Post-Freudismo	20
1.4 Sistema Sexo-Género	22
CAPITULO 2 SALUD/ENFERMEDAD; MUJERES	26
2.1 Salud/enfermedad	26
2.2 Sistema Nacional de Salud en México	29
2.3 Situación de Salud de Mujeres en México	33
2.4 Ginecología	36
2.5 Servicios Ginecológicos	41
CAPITULO 3 DEL CUERPO E IMAGEN FEMENINA	43
3.1 Cuerpo	43
3.2 Imagen Femenina	53
3.3 Cirugía	51
3.4 Histerectomía	57
3.5 Mutilación	61
CAPÍTULO 4 EL DIAGNÓSTICO	64
CAPÍTULO 5 EL SENTIDO DEL CUERPO	69
5.1 Historización de la enfermedad	70
5.2 El significado del síntoma	71
5.3 El sentido del cuerpo	75
5.4 Significado de la cirugía	77
5.5 Significante del tumor/quiste	81
5.6 Significado de las cicatrices en la imagen de las pacientes	82
5.7 Ser mujer	85
5.8 Maternidad	86
5.9 Climaterio	88
5.10 El <i>Otro</i>	89
CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES	91
BIBLIOGRAFÍA	95

INTRODUCCIÓN

Para entender al ser humano, éste fue dividido en alma-cuerpo. El término alma fue sustituido en la teoría psicoanalítica por el de psiquismo bajo la forma de factores psíquicos que componen al individuo los cuales no son situables en el esquema racional por una causa orgánica, es decir son somáticos y por esta vía, inician el círculo vicioso de lo psicósomático en su formación en lo inconsciente.

La psicología toma en cuenta estructuras biológicas y se basa en ellas puesto que establece que la construcción del “esquema corporal” se elabora progresivamente al compás del desarrollo y la maduración nerviosa, que también plantea que existe una representación mental la cual no sólo equivale a sentir nuestro cuerpo como piel, músculos, huesos, cartílagos; y que no es sólo la imagen de las partes del cuerpo como un dibujo, sino que resume las experiencias corporales cognitiva, subjetiva y afectiva.

En psicoanálisis, el cuerpo desde el registro de lo real equivale al organismo biológico, el cual se construye como cuerpo a partir de la relación con el Otro del significante, que en un inicio lo encarna la madre, relación que se establece no por la satisfacción de las necesidades vitales sino por la relación con el significante: horarios, sabores, ritmos, golpes, caricias, voces, miradas, olores, etc. Por esta incidencia del significante sobre el organismo, el cuerpo biológico deviene un cuerpo erógeno, es decir un cuerpo simbólico que se prestará como superficie topológica de inscripción a recibir la marca significativa y hará síntoma. Además el organismo fragmentado encuentra su unidad en la imagen, que podemos hacer equivaler al “esquema corporal” que plantea la psicología (Unzueta y Lara, 2006).

La complejidad reside en comprender el tránsito entre el poseer un cuerpo sexuado, con órganos externos masculinos o femeninos, que es y ha sido lo único visible por los médicos, por quien lo encarna, y aquellos que lo presencian, y

entonces dar por hecho que se es un hombre o una mujer con toda la simbolización de lo que ello implica.

La identidad femenina se construye en un tránsito de elementos biológicos y de socialización, sin embargo puede producir resistencias, negociaciones, y fracturas, la identidad de género posee ese revés entre la prescripción y la imposición del ser y la propia adscripción que hace el sujeto. Una de esas fracturas se puede producir debido a una enfermedad que podría desencadenar una fisura en el propio cuerpo, que además del riesgo mortal incluye una quiebre en la subjetividad, como el caso de una cirugía quirúrgica.

La “operación” constituye una amenaza severa a su integridad corporal y produce, naturalmente, miedo e inseguridad, acorde con la interpretación y el significado que cada paciente da a su dolencia (Rinaldi, 2001:24).

Una cirugía podría significar una pérdida del cuerpo de la que no se habla comúnmente, ya que se habla del cuerpo físico, es decir del cuerpo en tanto la naturaleza; del cuerpo soma, que se refiere a aquella materia tangible que la medicina se encarga de analizar con la lógica anatómica y fisiológica, embriología y genética; y del cuerpo orgánico que alude al funcionamiento coordinado por su integración como un todo. De acuerdo a lo anterior, en la realidad del discurso de la medicina científica no es más que una cosmovisión y a una ética, donde la lesión orgánica le acontece al cuerpo cuando el sujeto reporta algún padecimiento como si ellos no fueran más que una colección de órganos.

Existen estudios acerca de la modificación de los cuerpos tanto por motivos de salud como estéticos, cirugías que van desde implantes de pechos hasta el implante de bandas gástricas, éstos cuerpos que se han sometido a cirugías extremas para acabar con la obesidad y con una aparente fealdad ante los cánones hegemónicos de belleza. Encontramos cuerpos desde la falta, esto es con pérdidas pronunciadas y suficientemente visibles para los otros de tal manera que se cree necesaria la investigación para conocer las implicaciones que esto conlleva en la propia percepción que tienen los sujetos de sí y los otros de ellos,

un ejemplo de ello es el trabajo de Díaz Castillo, Luz Ángela (2005) que habla de las implicaciones de la construcción de la identidad y subjetividad cuando se posee una discapacidad, y su estrecha relación con la identidad de género, cuando se comprende que la construcción de la identidad es un proceso conflictivo entre los modelos hegemónicos y las prácticas reales en las experiencias de vida entre hombres y mujeres. Estos trabajos abordan el cuerpo desde la anormalidad y la limitalidad, donde la discapacidad se presenta desgraciadamente como una de ellas, y es desde este lugar que se nos permite pensar las sexualidades, ya que es cuando más se evidencian y se visibilizan (en Alcocer, 2004).

No todos los cuerpos son los mismos, por lo que no son iguales, entonces ¿el significado del cuerpo es diferenciado por nuestra biología? Se le ha atribuido como enteramente femenino a un cuerpo por el hecho de tener senos y vagina que la mujer adquiere un status: la maternidad como la máxima expresión de legitimidad femenina, ser reconocidas socialmente, tener un lugar en el mundo, la maternidad como un regulador social. Pero ¿Cómo se llega a éste significante? ¿Qué pasa cuando hay fisuras? El interés de este trabajo se inclina en conocer el significante de la imagen femenina y cómo ésta vive el duelo ante una mutilación, que para el médico es sólo cortar o quitar una parte o porción de algo, ¿cómo se reconstruye la imagen de un cuerpo cortado si se llevó un trozo de ésta parte que ha sido significada como lo esencialmente femenino?

El cuerpo está marcado y contrastado siempre como si hubiera una perfección anatómica, este trabajo indagará sobre cómo el cuerpo es fundamental para la constitución de la identidad.

La antropóloga peruana Liuba Kogan (2009) cita a Julia Kristeva (1982) y ésta última expresa que en los estudios empíricos sobre cuerpos se ha dejado de lado la percepción del propio cuerpo desde el sujeto y los cuerpos “normales” fueron prácticamente desapercibidos. Aporta pensar que el sujeto no materializa una identidad independientemente de su cuerpo, y es en los casos de ambigüedad en donde es posible ver las negociaciones, y la performatividad de sus identidades masculinas o femeninas, ya sea a través del corte de cabello, la vestimenta, que

finalmente son recursos para explorar otras posibilidades de ser. Kogan menciona que sin recuerdo no es posible la reflexividad y esto nos lleva a la memoria y su vínculo con la identidad y las herencias de significados de manera transgeneracional. La autora menciona que es imposible una identidad sin memoria, y para ello se necesita de un cuerpo sano, material y fisiológicamente saludable (en Alcocer, 2004).

En la actualidad hay un interés muy fuerte y ambivalente al mismo tiempo, por el cuerpo y su imagen, donde predomina un ideal de salud y de eficiencia, que tiene que ver con los discursos del capitalismo y se arraiga en rasgos narcisistas de los sujetos. Tanto las enfermedades como la valoración de lo corporal están establecidas en la cultura de una época, por ello es importante destacar cómo ésta construcción ha actuado en relación con la enfermedad y sus avatares (Fernández, 1996).

Por otro lado, aún en los centros más avanzados del mundo, en más del 90 por ciento de los casos médicos clínicos, cirujanos y anesthesiólogos dan asistencia a las necesidades emocionales de los pacientes quirúrgicos sin la participación de un psicoterapeuta especializado (Giancomante y Mejía, 1994). Por lo anterior, la intervención del psicólogo sería dirigida a reducir el riesgo potencial que la intervención quirúrgica podría tener en los pacientes, pero además sería necesario que se intervenga en la subjetividad del cuerpo.

Por lo que la Psicología de la Salud, sería la encargada de investigar el tipo de malestar psicológico que se produce como consecuencia de una cirugía quirúrgica, que incluiría la re-construcción del significante de la imagen rota del cuerpo femenino, para que se reduzca el riesgo que conllevan procedimientos médicos que podrían crear una ruptura en la estructura del sujeto.

La Psicología de la Salud es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o

cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Torresgrosa, 2006:352), del mismo modo, esta rama de la psicología busca la concientización de que en la vida de todo ser humano, la salud no sólo está constituida por condiciones biológicas, sino que existen otros factores como los ambientales y psicológicos que, en conjunto, regulan: las emociones, los pensamientos, las conductas, el estilo de vida y el estrés.

De acuerdo a lo anterior, el objetivo fue analizar el sentido del padecimiento en mujeres de diferentes edades, que fueron sometidas a una cirugía ginecológica

Los distintos padecimientos por los cuales fueron intervenidas las pacientes, se explican desde el enfoque médico como problemas de salud que requieren una intervención quirúrgica donde el cuerpo es “cortado” y “lastimado” como alternativa médica al problema que se sufre.

Se retoma esta explicación con el fin de dar sentido al proceso que vive la mujer en una cirugía ginecológica, tomando en cuenta las implicaciones de las pacientes al enfrentar las afecciones orgánicas y subjetivas propias de la enfermedad que modifican de forma importante su relación con el cuerpo, con el otro y su sexualidad.

De acuerdo a lo anterior, no hay estudios importantes que examinen el significado de la cirugía en mujeres ni el efecto que causan más allá de lo físico que es lo inmediato. De esta forma surge la pregunta de investigación ¿Cuál es el sentido del cuerpo en mujeres que han tenido una cirugía ginecológica?

Se recuperan los significantes de que las pacientes otorgan a su cuerpo, la enfermedad y su rol como mujeres. Se realizó un estudio de corte cualitativo, con un soporte conceptual construido recuperando elementos del psicoanálisis, que recupera aspectos de análisis como la noción de sujeto, cuerpo, dolor y síntoma.

Participaron cuatro mujeres hospitalizadas en el Hospital de la Mujer, de 23 a 48 años que habían sido sometidas a una cirugía ginecológica; a tres de ellas

fueron sometidas a histerectomía y una de ellas una intervención parcial donde se retiró su ovario izquierdo y tuvo otras complicaciones.

Su estancia hospitalaria fue en promedio de 2 semanas. Se les entrevistó el segundo día después de la operación, a dos de ellas (no tuvieron complicaciones post-cirugía) y las otras 1 semana después, debido a complicaciones de anestesia, infecciones, etc.

Se realizaron cuatro entrevistas a profundidad con el apoyo de una guía elaborada por la autora a partir de la revisión teórica previa.

La guía se hizo con el fin de recuperar el sentido de su padecimiento ginecológico como mujer, en su vida cotidiana personal y social, también se revisó el expediente clínico, con el fin de conocer su historia clínica; se indagó el sentido de la enfermedad ginecológica recuperando su historia personal, familiar y social y se profundizó en el sentido que la paciente da a su diagnóstico, proceso salud-enfermedad, así como las consecuencias que percibe antes, durante y después de la enfermedad. Se sondeó su estado emocional y los juicios y/o creencias de ésta y cómo afectan su estilo de vida en ámbitos personal, familiar y social. Se habló del cuerpo femenino, cambios y evolución de éste en diferentes etapas de la vida. Se exploró el significado que la paciente le da a la pérdida (cuerpo, órgano, etc.) y en qué sentido percibe la alteración/mutilación.

Se grabaron y transcribieron las entrevistas con el discurso de las pacientes, con el fin de elaborar un texto, en el cual en el corpus de ésta investigación fue analizado a partir de dos procesos:

A nivel vertical: Se analizaron los datos de cada paciente en función de su padecimiento de acuerdo a su historización de la enfermedad y cómo la ha vivido.

A nivel horizontal: Se examinó la historia del padecimiento y las formas que cada paciente da sentido a la enfermedad a través de su representación social del padecimiento y coincidencias con otras pacientes.

El análisis se realizó retomando la noción de cuerpo de Freud (1913-4) y síntoma para dar sentido a la historización de la enfermedad de las pacientes. Así como se recurrió a las propuestas de Lacan (1953) de cuerpo y de Margarita Baz (1999). La construcción del cuerpo fue hecha a partir de considerar las cruces que lo histórico-social dejara una escritura en el cuerpo (Hernández, 2008). En el señalamiento del cuerpo como portador del sufrimiento, el dolor y la enfermedad, Carrisoza (1999).

Se concluye que la cirugía fue un evento invasivo en el cuerpo de las pacientes, ellas le dieron sentido como un tratamiento necesario para preservar su vida y recuperar su salud, sin embargo también produjo efectos adversos pero imperiosos como dolor, pérdida y sufrimiento. La imagen de las pacientes está en proceso de re-construcción tanto en estética como en representación social y tendrán que adaptar su cuerpo a las demandas sociales, médicas de tratamiento y cuidado que deberán seguir para lo que necesitarán ayuda profesional médica y psicológica, así como el apoyo de su familia y amigos.

1. SER MUJER

¿Quién soy? Es una pregunta en el constante de nuestra existencia que determina cómo nos relacionamos y mostramos ante el mundo, pero ¿cuáles son los límites específicos del sujeto, y cuáles características no se tienen de los otros? ¿Quiénes son los semejantes y quiénes diferentes? La identidad remite al ser y su semejanza, su diferencia, su posesión, y su carencia, a partir del otro es como construimos el ser.

Cuando nace un bebé la primera pregunta; ¿Es niño o niña? Pero ¿Cuáles son las implicaciones de nacer y/o asumir con un sexo? En la naturaleza podría parecer que la diferencia sexual no suscita problemas, se tendría que asumir que la biología define los sexos ¿Qué más se podría representar el sexo? De ésta forma, tener pene o no lo dice todo. En esta línea la mujer fue considerada como una versión menor de lo masculino (modelo de un solo sexo) para pasar a ser un opuesto de mucha menor entidad (modelo de dos sexos).

El sexo como lo conocemos actualmente fue inventado en el siglo XVIII. Los órganos de reproducción se transformaron en manifestación de jerarquía, por ser fundamento de la diferencia. Aristóteles y Galeno afirmaban que los órganos femeninos son una forma menor de los de los hombres, lo que implicaba que la mujer es algo menos que el hombre. Una mujer es una mujer, proclamaba el “antropólogo moral” Moreau en su esfuerzo por derivar la cultura del cuerpo, en todas partes y en todas las cosas, morales y físicas, no sólo en una serie de órganos.

Se dio nombre a los órganos que no contaban con uno propio, como la vagina. Las estructuras que se habían considerado comunes al hombre y mujer - esqueleto y sistema nervioso- fueron diferenciadas de forma que correspondieron a las formas culturales de hombre y mujer. De esta forma, los cuerpos de las mujeres, en su concreción corporal, científicamente accesible, en la naturaleza de

sus huesos, nervios y órganos reproductores, hubo que soportar una carga nueva de significado; se inventaron los dos sexos como fundamento para el género.

Entonces ¿Cómo ha cambiado la concepción de la diferencia sexual? ¿Qué lugar se le ha dado a la mujer? ¿Cómo se construye el ser mujer en la actualidad? Para poder dar respuesta a éstas preguntas se ha recurrido al estudio de la diferencia sexual, para ubicar el génesis del “Ser mujer” desde la perspectiva biologicista, desde el psicoanálisis y en el sistema de sexo-género.

1.1 Aspectos biológicos

Los seres vivos presentan dimorfismo sexual. En el reino animal y vegetal siempre ha existido la división entre sexos (macho-hembra), esta división excluyente y, a la vez complementaria, incluye a los seres humanos los cuales son divididos en géneros (hombre-mujer) (en Orozco, Ostrosky; Salin, Borja y Castillo, 2009).

La participación de mecanismos genéticos en los procesos de definición y organización biológica del sexo en el ser humano es un hecho ampliamente reconocido por la ciencia. Existen numerosos genes, tanto en los cromosomas sexuales como en los autosomas, cuyos productos están estrechamente ligados con el desarrollo sexual (Martínez P. G., 2010)

Se ha concluido que en nuestra especie, la determinación sexual es el proceso por el cual una cigota resulta con su complemento sexual masculino (XY) o femenino (XX) según el cromosoma sexual de la gameta masculina fecundante.

Entonces la diferenciación sexual consiste en el conjunto de hechos secuenciales que, como una cascada de acontecimientos, ocurre según el complemento cromosómico inicial de la cigota. Esta información genética será la responsable de que se desarrolle un cuerpo (gónadas, órganos sexuales internos y genitales externos), un cerebro (estructuras y densidad de neuronas) y conductas (habilidades motoras y sensoriales) de manera dimórfica, todo esto con

características diferentes para el hombre y para la mujer, a esto se le conoce como dimorfismo sexual (Crooks & Baur en Martínez, 2010)

A partir de los planteamientos de Darwin en su teoría evolutiva, se impulsa a la valoración de la “naturaleza humana” y con ello se intenta dar una explicación de las leyes que rigen la sociedad humana en base a su condición biológica.

Darwin habló de las diferencias que existen entre el hombre y la mujer agrupándolas dentro de las llamadas características sexuales secundarias. Desde el punto de vista biológico, dichas características son aquellas que aparecen, en la pubertad por la acción de las hormonas sexuales, creando diferencias externas perceptibles de un sexo a otro (Laqueur, en 1994).

A finales del siglo XVIII la diferencia anatómica entre hombres y mujeres se hace de manera radical como producto de los descubrimientos biológicos, los cuales se convirtieron en los fundamentos epistemológicos de las discriminaciones sociales, en donde a la mujer, por ser procreadora, le corresponde la educación de los hijos y las labores en el hogar. El hombre debe encargarse de la producción, la creación de lo político y de lo público, y es ésta su esfera natural. Para muchos esta dicotomía fue el referente de las teorías de la complementariedad y la armonía entre el hombre y la mujer (Colorado, Arango y Fernández en 1998).

De esta forma, los órganos que se consideraron versiones interiores de los masculinos -la vagina como pene y el útero como escroto- se interpretaron en el siglo XVIII como de naturaleza diferente y los procesos fisiológicos –menstruación y lactación- que se habían visto como parte de una economía común de fluidos, pasaron a ser específicamente de las mujeres (Laqueur T, en 1994).

Todo lo anterior, se alude como consecuencia de los avances científicos, aunque muchas veces la cronología de descubrimientos no se concuerda a los conceptos en su conjunto. Lo que comenzó con la diferencia y la división sexual, ha forzado al cuerpo para encontrar su fundamento, siendo no suficiente y dejando en la imperiosa necesidad de buscar más respuestas en diferentes conocimientos.

En el siglo XIX se postulaba que el hombre era legible, transparente, y la mujer era “la otra”, extranjera e incomprensible, deduciéndose que era a partir del hombre como se juzgaba a la mujer. En este siglo donde se desarrollan las teorías freudianas acerca de los procesos psíquicos del ser humano, en las cuales toma inicialmente como referente al varón para realizar su teoría sobre la sexualidad humana, a través de un paralelismo entre hombre y mujer; teoría que posteriormente varía teniendo en cuenta la diferencia anatómica (Colorado, Arango y Fernández en 1998)

Ser hombre o mujer es una variable fundamental que ha determinado contrastes en todos los niveles. Desde el punto de vista biológico cada vez se documentan con mayor claridad diferencias en aspectos que no tienen una asociación directa con los aparatos reproductivos, tanto a nivel molecular, celular, cerebral o inmunológico, como de funcionamiento sistémico, de la conducta y el aprendizaje, y por lo tanto a nivel de la salud en general. Estas diferencias no habían sido tomadas en cuenta de manera sistemática en la práctica médica clínica, ni por la epidemiología, la investigación o el quehacer de la salud en general, pues hasta muy recientemente las ciencias de la salud han descubierto y reconocido estas diferencias

No obstante, el ser humano no está determinado sólo por la biología, los hombres y las mujeres se desarrollan dentro de un núcleo social. El grupo social adjudica normas y reglas desde el momento del nacimiento, y se establecen comportamientos reglamentados que definen el rol de género (Crooks & Baur, 1999; Rueda, 2008 en Colorado, Arango y Fernández en 1998).

Pero cada persona construye una identidad de género (Crooks & Baur, 1999; Gooren, 2006; Rueda, 2008 en Colorado, Arango y Fernández en 1998), que estará determinada por las experiencias y por los procesos mentales que tiene cada individuo; es decir, la identidad de género es como nos categorizamos, sentimos y percibimos respecto al género.

Ser mujer implica más que una categoría biologicista, el género y la identidad de género, que ha tratado de explicarse desde diferentes planos, sin embargo es importante determinar el valor que cada mujer le da a cada aspecto en el nivel subjetivo partiendo que es una persona que siente, piensa y comunica.

1.2 Sexualidad femenina (Freud)

El psicoanálisis analiza qué entiende por mujer y feminidad desde el terreno de la sexualidad, tomando en cuenta que las identidades sexuales trascienden lo biológico, lo sociológico y lo cultural, para articularlas a lo psíquico inconsciente. (Colorado, Arango y Fernández en 1998). De ahí la importancia de que se retomen sus conceptos ya que ayudan a articular explicaciones en cuanto a la construcción de la identidad y psiquismo de la personas, que son clave para la explicación de la tesis de “ser mujer” y analizar sus implicaciones como madre, hija y sujeto de una sociedad.

Freud nunca utilizó la palabra *género*, sin embargo sí consideró el par feminidad/masculinidad de forma equivalente al concepto.

Freud ve en el ser humano desde un inicio esta relación entre sexualidad, placer erótico y las funciones orgánicas claves para la supervivencia. El aporte freudiano fundamental es la construcción del sujeto del inconsciente como sujeto para el cual la sexualidad tiene un único referente: la función fálica en su valor de castración y ello independientemente del sexo (condición anatómica de la diferencia sexual) o del género (condiciones sociales de lo masculino y lo femenino) y ello, por decirlo rápidamente, independientemente de los avatares históricos de la solución Edípica (Cevasco, 2006).

Existen excitaciones que han sido reprimidas para dar estructura al Yo, sin embargo la pulsión busca imponerse animando las representaciones adecuadas a su meta, pero éstas no siempre son conciliables entre sí por lo que se presenta un

conflicto entre las pulsiones sexuales y la autoconservación del individuo (Freud, 1993).

En el niño la satisfacción de estas pulsiones suele darse por etapas que comienzan por la satisfacción de una necesidad de alimento. La energía sexual o “libido” hace que comience el desarrollo psicosexual referido a dos aspectos: por un lado las zonas erógenas van adquiriendo más importancia según en la etapa en que estén; por otro lado, el tipo de relaciones objetales que se establecen en cada una de las diversas etapas. Según el tipo de relaciones, se va estructurando su personalidad y sus relaciones de objeto. Hay tres etapas en este desarrollo:

Etapa oral: Él bebe llora porque necesita y el otro da, es una relación “chupadora” por necesidad. Si la persona queda muy fijada en la oralidad habrá un deseo de “extraer algo” (sacar provecho).

Etapa anal: Se le pide al niño un control de esfínteres, que madure. En niño puede frustrar o complacer al adulto. Lo que importa es el control y el dominio sobre el otro.

Etapa fálica: Es el núcleo de la neurosis, aquí se sitúa “el complejo de Edipo” y “la angustia de castración” fenómenos importantes para la estructura de la personalidad. Ocurre alrededor de los tres años porque la criatura se interesa por la zona genital, por quién tiene o no tiene pene (lo observable externamente ya que sólo reconocen como real lo que se ve).

Etapa de Latencia: Se ubica un retroceso en el deseo sexual (de los 6 a los 10 años).

Etapa Genital: En la adolescencia se da la elección del objeto, surgen conductas autoeróticas como medio de desarrollo de la actividad genital. Se considera que en esta etapa se da una reactivación de las pulsiones fálicas del complejo de Edipo que se encaminan a un nuevo objeto al que son transferidas.

Es importante conocer la vía del desarrollo psicosexual durante los primeros años de vida, ya que a partir de cómo se supere la etapa edípica, es como será construir el psiquismo de la persona.

En la “angustia de castración” esta alta de pene le genera al niño la fantasía de poderlo perder y en la niña, la fantasía de poderlo tener. Los niños se ven atravesados (de ahí el complejo) o padecen unas emociones que le hacen sufrir los mecanismos que ayuden a superar esas vicisitudes son importantes.

Se alude que antes del descubrimiento de la diferencia anatómica de los sexos, se describe una actitud masculina del niño, que se instituye por una identificación con la masculinidad del padre y que es un atributo de la identidad de ambos. Donde la identificación presupone la introyección de un rasgo de otro que pasa a formar parte de la propia estructura psíquica, que reconoce un atributo especialmente “recordado” por el niño en la persona de su padre; su masculinidad para hacerlo su ideal, para constituirlo en un polo privilegiado de investimento libidinal, motor de la identificación. Evidentemente, se trata del libido del yo, de un proceso narcisista, que nada tiene que ver con aspectos libidinales pasivos femeninos hacia el padre, es decir con fines pasivos de la pulsión sexual. Laplanche denomina a este momento el par de feminidad/masculinidad pre-castratoria.

El niño se identifica con la masculinidad del padre pre-edípico, considerando aspectos que incluyen conductas de cuidado, presencia, higiene, alimentación en relación con los niños en el hogar o no, o si la masculinidad del padre tiene que ver con un dominio del cuerpo vinculado con una práctica de deporte, de acción en el espacio público o a su prestigio en cuanto persona no doméstica. No se trata de su capacidad copulatoria, ni procreatoria de la sexualidad, sino de la masculinidad inherente al ser social del padre encarnado en su singularidad.

Éste es el proceso más primitivo de vínculo social, de ligazón afectiva con otra persona, a la que se denomina identificación primaria. En la prehistoria del

complejo de Edipo, antes del complejo de castración el niño puede hacer coexistir una catexis de objeto: amar al padre y simultáneamente identificarse con él, ya que éste ha sido investido como objeto y como modelo no se ve afectado por el conflicto, puesto que el significado sexual aún no se haya constituido. La catexis a la que Freud alude no es la elección de la madre como objeto sexual genital al comienzo del periodo edípico, sino a la catexis del objeto que organiza la relación yo-otro en las etapas previas al desarrollo. En la etapa pre-edípica se organiza un ideal del género, un prototipo al cual se tiene de modelo, y el yo tiende a conformarse de acuerdo con éste (Emilce, 1996).

Esta estructura de relación, fue teorizada por Lacan como relación dual, que da cuenta de un sistema tríadico, que no se llega a constituir en triangular, ya que no se alcanza a trazar el tercer lado (relación sexual entre los padres) que constituirá el verdadero triángulo, sólo cuando el niño accede al significado sexual y a la comprensión del concepto marido-mujer y su intercambio específico, el triángulo se completa.

En la identificación primaria, tanto la niña como el varón consideran a sus padres objetos anaclíticos, objetos dispensadores de reconocimiento narcisista y con quién puede tener todo tipo de experiencias (oral, anal y genital), pero sólo en el carácter de padres, sin percibir ni concebir la primacía de la relación genital entre ellos de la cual son producto. La niña no se halla en una posición masculina, sino sólo en una relación narcisista en que aspira al primer puesto (Emilce, 1996).

En los niños como en las niñas, inicialmente, la pulsión sexual es autoerótica. En la niña la zona erógena rectora se sitúa en el clítoris el cual es homólogo al genital masculino -el pene-, por lo cual desarrolla una masturbación clitoridea que le produce placer y excitación sexual (Colorado, 1998).

En la vida sexual de niños y niñas se atribuye a todos los seres humanos un pene, siendo por lo tanto un supuesto infantil el creer que la mujer también posee uno. Posteriormente el varón percibe y concibe como mutilados los genitales de la

mujer, lo cual trae a la conciencia la amenaza de castración, amenaza que ha sido mencionada al niño por padres y adultos y que provoca el complejo de castración.

A partir de que el niño conciba la sexualidad de sus padres y sitúe al padre en una posición imposible de igualar, es tanto la fantasmática como la estructura de las relaciones del sistema -ahora si triangular y no triádico- se modificarán. La identificación con el padre se complejiza en términos de conflicto, puesto que no sólo sostendrá la ambivalencia propia de la naturaleza narcisista de esta identificación, sino un plus adicional correspondiente a la posición de rival edípico.

La diferencia de género de los padres se halla establecida por un niño de dos años: el papá es hombre y la mamá es, mujer; pero aún no es sexual, aunque pueda conocer la diferencia anatómica de los órganos genitales propios y de adultos, éstos sólo se conciben en sus funciones excretorias.

Las condiciones que se entran para dar como resultado la naturaleza de la feminidad son: el cambio de zona erógena rectora y la oleada represiva de la pubertad que elimina la virilidad infantil. De esta manera podemos ubicar cómo para Freud, la feminidad en la mujer surge a través de la represión que cambia su placer clitorideo y accede a lo que, para él, es la última fase de la organización sexual de la mujer: la excitación de la vagina y la reproducción.

Para Freud la mujer surge en tanto reprime su sexualidad masculina y transfiere su excitabilidad del clítoris a la vagina, proceso represivo que refuerza las inhibiciones sexuales que son: el asco, la compasión y la vergüenza.

En sus escritos a partir de 1924 se expresa una visión más estructurada de la asimetría en el desarrollo sexual de los dos sexos, dándole un viraje a la explicación del desarrollo sexual en cada uno de ellos. Teoriza entonces sobre las consecuencias de la percepción de la diferencia anatómica entre los sexos; el complejo de castración; el cambio de objeto amoroso -de la madre hacia el padre- y sobre su descubrimiento de la importancia de las relaciones, que Freud denomina pre-edípicas, entre la madre y la hija.

Como resultado de los avatares del complejo de Edipo al niño establecerá, en el mejor de los casos, una definida orientación hacia qué sexo dirigirá su deseo, es decir que establecerá los cimientos de su futura hetero u homosexualidad.

En *Sobre la Sexualidad Femenina* (1931), Freud estructura las posibles vías en el desarrollo de la feminidad. Deduce que la niña puede optar por tres vías fundamentales ante el descubrimiento de la diferencia sexual anatómica y el complejo de castración:

1. La suspensión de toda su vida sexual. Renuncia a la actividad fálica, a la sexualidad en general y en parte a sus inclinaciones masculinas -negación de la sexualidad, ascetismo.
2. La acentuación de la masculinidad (complejo de masculinidad). Conserva la esperanza de un pene; en este caso la fantasía de ser un hombre domina largos períodos de la existencia. Este complejo de masculinidad puede desembocar en una elección de tipo homosexual.
3. Asumir una vía propiamente femenina. En este caso se toma al padre como objeto y se asume el complejo de Edipo. La niña debe lograr construir la ecuación simbólica pene igual hijo, resignar el deseo de pene para reemplazarlo por el deseo de un hijo y con este propósito toma al padre como objeto de amor. La madre pasa a ser objeto de los celos y la niña deviene una pequeña mujer.

Inicialmente formula como propiedades anímicas de la feminidad: la pusilanimidad, timidez, necesidad de enseñanza y ayuda; propiedades que en el transcurso de su obra se enlazan a lo que considera característico de la feminidad: preferencia de fines pasivos, necesidad de ser amada, estimación de sus atractivos como compensación de su inferioridad sexual, pudor que encubre la defectuosidad de sus genitales, escaso sentido de justicia, mayores niveles de envidia y celos que en los hombres, originados en la envidia fálica, debilidad en los intereses sociales y poca capacidad de sublimación que repercute en el escaso aporte de la mujer a la cultura.

Freud hace aportaciones en cuanto a la construcción de la identidad del individuo que dan pauta para que sea estudiada la sexualidad tanto del hombre cómo la mujer, encontrando diferencias notables en cuanto al desarrollo psicosexual hombre/mujer, dejando los términos biologicistas y abriendo una brecha en cuanto al psiquismo en el discurso médico, que más adelante desenvolverá en debates feministas y darán paso a la psicología.

1.3 Post-Freudismo

Lacan rechaza toda hipótesis concerniente a la existencia de una libido específicamente femenina, de un inconsciente femenino, de una escritura femenina, etc. Lacan elabora entonces una versión lógica y topológica para situar esa especificidad de la “posición femenina” sin abandonar por ello la referencia a la concepción universal de un sujeto del inconsciente determinado por la castración (función fálica) (en Cevasco, 2006).

Menciona que, si hubiera una “especificidad” de lo femenino, debe situarse en un “más allá” de la función fálica en una posición en la que el goce del sujeto que ha optado (en la “elección sexual”) por esa “posición femenina” -sea identificado anatómicamente y/o socialmente como hombre o mujer, lo cual no es una “identificación” sin consecuencias- no está totalmente organizada por la lógica fálica, especificidad de la “posición femenina” que consiste en acceder a una modalidad de goce otro que el goce fálico, apertura de un goce no del todo fálico, un goce suplementario al goce fálico, aclara Lacan. No se trata pues en esa posibilidad del uno o del otro.

Lacan explica, que «Ser» el Falo y «tener» el Falo anuncian posiciones sexuales diferentes, o no posiciones dentro del lenguaje. «Ser» el Falo es ser el «significante» del deseo del Otro y *aparecer* como ese significante. Es decir, es ser el objeto, el Otro de un deseo masculino (heterosexualizado), pero también representar o evidenciar ese deseo. Éste es un Otro que no es el límite de la

masculinidad en una alteridad femenina, sino el lugar de una autoelaboración masculina.

Para las mujeres, el hecho de «ser» el Falo es evidenciar el poder del Falo, significar ese poder, «encamar» el Falo, facilitar el lugar en el que éste se introduce y significar el Falo al «ser» su Otro, su ausencia, su privación, la corroboración dialéctica de su identidad. Al sostener que el Otro desprovisto del Falo es el Falo, Lacan señala de manera rotunda que el poder se pone en práctica por esta posición femenina de «tener», que el sujeto masculino que «tiene» el Falo exige a este Otro para que ratifique y, por tanto, sea el Falo en su sentido «extenso».

Lacan idea ese drama en un campo fantasmático. Cualquier intento de crear la identidad dentro de los límites de esta disyunción binaria de «ser» y «tener» vuelve al punto de la inevitable «carencia» y a la «pérdida» en la que se construye su elaboración fantasmático y se delimita la inconmensurabilidad de lo Simbólico y lo real. Donde lo Simbólico se entiende como una estructura de significación culturalmente universal que en ningún caso está completamente ejemplificada en lo real. Entonces, toda erótica debe tener en cuenta, no tanto la promoción de tales o tales prácticas sexuales, sino la estructura del deseo en tanto deseo del Otro y la existencia del goce gobernado por un más allá del placer, por lo cual no puede confundirse la ética de su erótica con una tecnología de la obtención de placeres.

Lacan precisa las dos formas de suplencia a la relación sexual que no se escribe: la llamada “masculina” suple con el fantasma (el montaje del sujeto del inconsciente con objetos pulsionales) y la modalidad “femenina”, toma preferentemente la suplencia por la vía del amor (hace vínculo social). En el eros femenino, el deseo no se orienta primordialmente por el objeto pulsional del montaje fantasmático y el goce está íntimamente anudado con el amor.

En los últimos años, el psicoanálisis ha ampliado el campo del conocimiento de lo psíquico, a través de la conceptualización del inconsciente, la importancia del

deseo como motor de la estructuración psíquica, la comprensión de la permeabilidad entre los fenómenos conscientes, inconscientes y preconscientes, la teoría pulsional, el reconocimiento de puntos de fijación libidinales y las vicisitudes de la construcción de la sexualidad humana.

Los roles de género, confieren a hombres y mujeres un lugar y una función en la sociedad. Ese lugar social, determina a su vez un posicionamiento psíquico, que condiciona la estructura psíquica de los/as sujetos. La rigidización de los estereotipos sexuales tiene consecuencias en la salud mental de hombres y mujeres.

Mujer y salud mental está aún en construcción (M. Burín, 1990 en Allegue, 2000) pero que cuenta ya con una abundante producción teórica, así como investigaciones que dan cuenta de cómo la desigual ubicación de las mujeres en la sociedad patriarcal, han determinado una forma específica de enfermar.

El entrecruzamiento entre psicoanálisis y los Estudios de Género, ha posibilitado una mayor comprensión de la constitución de la subjetividad femenina y masculina, aportando aquel, en tanto teoría que da cuenta del campo del inconsciente, las hipótesis teóricas que permiten explicar los procesos intrapsíquicos por los cuales el infante humano deviene sujeto psíquico y adquiere su identidad sexuada (Allegue, 2000; web).

1.4 Sistema Sexo-Género

La acepción del “sexo” en la relación al ‘ser mujer’ o ‘ser varón’ de una persona fue relativizada con la introducción de la noción de “género”. Sin esa noción y la perspectiva que ésta abre, se consideraría que el ‘sexo’ constituye no sólo la categoría que nombra diferenciaciones anatómicas y fisiológicas entre varones y mujeres sino también aquello que resulta determinante causal de las distinciones sociales entre ‘lo femenino’ y ‘lo masculino’. La perspectiva de género permitió resquebrajar la predeterminación biológica (“la anatomía como destino”)

sosteniendo que las identidades de mujeres y varones son el resultado de una construcción en la que se van urdiendo distintas variables en interacción con los medios sociales y familiares. Lo anterior traería como consecuencia a través de las normas sociales que diferencian, para cada sexo, comportamientos y expectativas definidos.

Por otro lado, originalmente el género fue definido en contraposición a sexo en el marco de una posición binaria (sexo y género), aludiendo la segunda a los aspectos psico-socioculturales asignados a varones y mujeres por su medio social y restringiendo el sexo a las características anatomofisiológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana.

Así el “intercambio de mujeres” marca la forma de sub-objetos en que han sido usadas las mujeres en las sociedades preestatales que observó Levi-Strauss. Donde describe que el “regalo” máspreciado son las mujeres, a las cuales no pueden aspirar sus parientes y por ello son dadas por un hombre a un hombre de otra familia o grupo. La autora deduce que “el regalo” y el “tabú del incesto” determinan a los hombres como beneficiarios de la sociedad y de las mujeres. Siendo el intercambio de mujeres, es un despojo de derechos sobre sí mismas y sobre sus parientes hombres.

Los hombres organizan la sociedad fundamentándola en la opresión de las mujeres. Y en la teoría de Freud, encuentra que el complejo de Edipo con su efecto de castración sobre las mujeres, afecta especialmente a las mujeres. De esta manera, se establece la jerarquía entre lo masculino y lo femenino. La niña debe renunciar a su madre y girar hacia su padre masoquistamente. Allí se expresa aún más el tabú el incesto, pues ella debe renunciar a todas las mujeres, en cambio el hombre sólo a algunas mujeres; como medio de imponer y hacer parecer la heterosexualidad como regla natural en la sociedad.

Desde los años sesenta los términos sexo y género fueron utilizados indistintamente y el primero que menciona la palabra género es el investigador John Money, quien propuso el término « papel de género » (gender role) para

describir el conjunto de conductas atribuidas a las mujeres y los varones ya en 1955. La aportación del libro radica en la adquisición de ese papel de género o identidad de género por mecanismos similares a los de la adquisición del lenguaje.

Robert Stoller con *Sex and Gender* (1968), inicia un debate terminológico y filosófico, donde naturaleza y cultura marcan una oposición/tensión, en el análisis de la relación entre los sexos. La socióloga A. Oakley, *Sex, Gender and Society* (1972) atribuye al sexo las diferencias fisiológicas entre hombres y mujeres y al género las pautas de comportamiento culturalmente establecidas en el ámbito de lo femenino y lo masculino. De esta manera el término género surge en los contextos médico y antropológico antes de que sea retomado por las teóricas feministas.

Sin embargo es Gayle Rubin (cf. 1975: web), quién se basa en conceptos elaborados por Marcel Mauss, Levi Strauss, Sigmund Freud y Jacques Lacan para rastrear discursos y prácticas sociales que se han articulado para la opresión de la mujer. Acude a esos conceptos precisamente para reforzar su línea metodológica. Con el propósito de explicar y diferenciar las relaciones de sexualidad de las económicas.

Gayle Rubin (cf. 1975: web) define por primera vez el sistema sexo/género como, un conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas.

Generalmente se le llama sistema por el cual los elementos del mundo natural son transformados en objetos de consumo humano, la "economía". Sin embargo, explica que, las necesidades que se satisfacen por la actividad humana, aún en el sistema más rico y marxista del término, no se agotan los requerimientos fundamentales toda sociedad tiene un sistema sexo/género.

El sistema sexo-género hace referencia a las formas de relación establecidas entre mujeres y hombres en el seno de una sociedad. Analiza las

relaciones producidas bajo un sistema de poder que define condiciones sociales distintas para mujeres y hombres en razón de los papeles y funciones que les han sido asignadas socialmente y de su posición social como seres subordinados o seres con poder sobre los principales recursos. De este modo se explica cómo las actuales sociedades occidentales están sujetas por un sistema sexo-género donde subsiste una relación desigual de poder entre mujeres y hombres.

Este sistema dualista está representado por otro que lo sustenta, el par binario naturaleza/cultura, puesto que el sexo se relaciona con la biología (hormonas, genes, sistema nervioso, morfología) y el género con la cultura (psicología, sociología).

Rubin expone las implicaciones implícitas de los conceptos descritos y cómo éstos permiten configurar formas de opresión de las mujeres. Para los que recurre a la explicación de aparatos conceptuales que circulan en cultura.

El género es una construcción social basada en el dato biológico y las condiciones sociales, se retoman éstos conceptos con el fin explicar la manera particular de enfermar tomando en cuenta los conflictos generados por la pertenencia a determinado género, ubicarlos en un discurso diferente y darle nuevos sentidos.

2. SALUD/ENFERMEDAD: MUJERES

2.1 Salud/enfermedad

En ésta sección se hablará del proceso de salud/enfermedad en general, definiendo conceptos como salud y enfermedad, que llevan al principio biopsicosocial, por lo que se hace imperativo aludir el estado sistema de salud mexicano y el lugar de la mujer en la sociedad, así como las condiciones de salubridad con las que cuenta.

El enfermar constituye una de las experiencias vitales más difíciles por las que atraviesa una persona, al produce cambios en la relación consigo mismo, la familia y la sociedad.

Pero ¿qué es salud? Definir la salud es complicado debido a que se presentan enormes problemas en cuanto a su definición. En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: “La salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”. Si bien, ésta fue oficializada hace unos 70 años, es relevante debido a la institucionalidad, pues es la base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocida en materia de salud (Alcantara, 2008).

Esta concepción de salud considera que sobre ella inciden múltiples determinantes, como las psicológicas y las sociales, por lo que requiere para su análisis y atención de otros conocimientos además de los biomédicos, desplazando así el dualismo mente-cuerpo y el reduccionismo biologicista, que centra la explicación de las enfermedades físicas principalmente en problemas fisiológicos causados por desequilibrios bioquímicos.

Por otro lado, Briceño-León (2000) menciona; “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del

cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional". Todos los procesos anteriores no están aislados ni son independientes, sino que se imbrican unos con otros, por lo que la salud depende en último término de la capacidad de controlar la interacción (en Alcantara, 2008).

De acuerdo a lo anterior, se dice que la salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono.

De esta forma la conducta del hombre sano y/o enfermo no pueden comprenderse si se las separa de su circunstancia sociocultural. Comprender todos estos aspectos podría proporcionar herramientas para promover la salud, prevenir la enfermedad, facilitar la experiencia de la misma, evitando la aparición de concomitantes psicosociales negativos, y mejorando su tratamiento y la recuperación, y facilitar la interacción del usuario con la organización sanitaria (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marin, 1990 en Torresgrosa, R, Alvarado, J y Garrido J. 1996).

Si bien la OMS habla sólo de salud, resulta indudable que abarca más aspectos, pues el término salud está indefectiblemente asociado a la enfermedad, conformando ambas un binomio inseparable al cual se le denomina como proceso salud-enfermedad. Se trata de un proceso porque es impertinente hablar de salud y enfermedad en forma absoluta, pues ambas son nociones que se ubican dentro de una escala gradual, apareciendo el calificativo de sano o enfermo para un individuo o grupo con fines prácticos ante una determinada situación o relación social.

Si la salud se refiere a un bienestar completo de forma biopsicosocial, es imperativo abarcar los más aspectos posibles, pero cuando hay presencia de alguna enfermedad ¿qué hacer? Si bien existen sin número de tratamientos, éstos

sólo curan el “síntoma” físico, y bien ¿Qué pasa con el daño emocional y el desajuste social?

Actualmente las enfermedades ya no son enfocadas sólo bajo el paradigma reductor del biologicismo, sino se trata de explicar la presencia de disfunciones en el organismo en virtud de una pluralidad de causas. En este sentido, la Psicología de la Salud desde sus comienzos como disciplina, ha señalado la importancia de los factores psicológicos en el desarrollo de las enfermedades y su recuperación

La psicología de la salud puede considerarse como un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda socio-sanitaria. Es posible decir que la “psi”, abarca a todos aquellos que desde la psicología o el psicoanálisis realizan el ejercicio profesional en un hospital, ya que sus orientaciones teóricas y en consecuencia las formas de intervención son diferentes.

Matarazzo (1980:807-817), la considero como “el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas”.

Esta definición acabo por convertirse en la definición “oficial”, de la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

Por otro lado, el psicoanálisis como clínica de la palabra, busca situarse en la intercepción de otros discursos, busca un espacio posible donde desarrollar la clínica de lo imposible, la clínica de lo real, es decir, tener la posibilidad de devolverle al sujeto la envoltura imaginaria y simbólica de su cuerpo sobre la real de su enfermedad, para poder hacer un retorno del cuerpo medicalizado al cuerpo erogenizado. La intervención “psi” debe apuntar a permitirle al sujeto salir de la

pasividad de la inhibición que le impide preguntar, que no da lugar a la duda al enigma, y así pueda conquistar nuevamente su palabra plena.

El psicoanálisis no es parte de alguna especialidad médica ni de una terapia, sus motivos en los que se relaciona con la medicina son distintos. La necesidad conceptual o problemática que los interroga son propias de cada campo, sin embargo ambos usan el vínculo con la otra práctica, para resolver, investigar o plantear hipótesis intrínsecas a su disciplina.

Cada vez el ámbito de aplicación de la psicología de la salud abarca nuevas áreas, se elaboran nuevas concepciones y se abren nuevas estrategias de intervención en la promoción de la salud y la prevención tratamiento y rehabilitación de la enfermedad siendo pues más amplias las intervenciones en el área de la salud. Y cada vez más los tipos de problemas que se van abordar.

En México como en otros países se está promoviendo la mejora de la calidad de servicios de salud desde una mejor atención a los pacientes, no sólo técnica sino humana; lo que implica un conocimiento de la psicología de la salud, de los significados de la enfermedad, de factores subjetivos que impiden o retardan las recuperaciones.

2.2 Sistema Nacional de Salud en México

Un modelo de salud concierne un cuerpo físico, la salud mental y el apartado social de un individuo, sin embargo existen limitantes en cuanto al servicio médico, como los servicios de salud y políticas de éstas, por lo que se revisará el modelo médico de México y se evidenciará cuál es su estado en cuanto a servicio a la mujer, con el fin de documentar el progreso y las limitantes existentes para alcanzar la salud.

Los sistemas nacionales de salud constituyen la respuesta social para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de la salud de los ciudadanos. Éstos

pueden ser poderosos instrumentos que contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever lo que se espera en esta materia en el futuro, además constituyen un bien preciado y una condición indispensable para la igualdad de oportunidades; además, se le ha reconocido como un insumo especial de la seguridad global, el crecimiento económico y el avance democrático.

La OMS menciona, que un sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud.

En México, es a principios del siglo XX el estado mexicano empezó a participar en actividades de salud pública. Con la mediación de organizaciones corporativas como modelo el estado mexicano posrevolucionario privilegió el acceso a bienes y servicios colectivos –incluidos los relacionados con la salud– sobre el acceso individual, ignorando con ello el criterio de repartición universal de satisfactores.

El diseño del sistema de salud en México omitió el criterio de repartición universal de satisfactores, fundamento de los derechos humanos, ya que fue concebido de tal forma que la población organizada y asalariada fue la receptora de los beneficios de la seguridad social, entre los cuales se encuentra el acceso a los servicios sanitarios. Así nacieron las instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, que atendían a la población inserta en el sector formal de la economía (Pérez, 2010).

México mantiene un sistema de salud que nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos a quienes llamó derechohabientes y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó población abierta.

En México y a escala de organización, la prestación de servicios en salud ha sufrido un sustantivo proceso de transformación en los últimos años, buscando con ello la cobertura universal del aseguramiento en salud, desde la creación de los seguros sociales en los años cuarenta y sesenta, así como en 2003 con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La seguridad social nace el 1 de enero de 1943 con la fundación del IMSS, meses más tarde, el 15 de octubre del mismo año se formalizan los servicios públicos de la SSA para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos (González, Barraza, Gutiérrez y Vargas, 2006:18).

El sistema de salud en México está conformado por dos sectores: el público y el privado. El sector público incluye a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones de seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales, así como a las instituciones y programas que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social (SS, Servicios de Salud (SESA), IMSS-OPORTUNIDADES y SPS). El sector privado incluye a las compañías aseguradoras privadas y a los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, en general bajo un sistema lucrativo. Este sector comprende también a los proveedores de servicios de medicina alternativa, que por lo general trabajan en consultorios o unidades ambulatorias de salud (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011)

Si bien en teoría la Secretaría de Salud debía atender a la población sin seguridad social, las deficiencias estructurales de esa institución –principalmente la falta de personal e infraestructura, la desigual distribución de recursos entre entidades y la importante diferencia existente entre el financiamiento de la salud pública con respecto a las instituciones de seguridad social -derivaron en una institución endeble-, con un importante déficit de recursos de todo tipo, con mínima capacidad resolutive y, por lo tanto, incapaz de responder íntegramente a las obligaciones del Estado mexicano en la materia (Pérez Argüelles, 2010 en Ildefonso 2011).

En principios de esta década (2000-2010) más del 50% del gasto total en salud provenía del gasto privado, y de éste más del 90% estaba relacionado con el gasto personal de bolsillo. Se calculaba que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se veían obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, incurriendo así en lo que se llama gastos catastróficos.

Se requiere un sistema de salud universal y eficiente mencionan Frenk y Gómez (2008), debería financiarse predominantemente con recursos públicos; los costos de los bienes y servicios de salud (medicamentos, hospitalizaciones, servicios médicos) también influyen en la eficiencia de los sistemas de salud; la sociedad quiere estar segura que los recursos que está dedicando la atención a la salud están generando los frutos esperados: quiere más dinero para salud, pero también más salud por el dinero invertido (Ildefonso, 2011).

Partiendo de lo anterior, se podría decir que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional del país dependen de la salud de la población; además queda claro que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. La salud reproductiva es un ejemplo de ello.

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Para lograr ese objetivo es necesario el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Sin embargo, no sólo se reduce a la salud sexual, sino es de índole más amplia, donde la mujer tiene un gran

papel y responsabilidad, que es compartida y depende de redes de apoyo como pareja, familia e instituciones de salud, empero es indispensable proteger y conservar la salud de la mujer que se ha convertido en la base y futuro de la sociedad. La ginecología es una especialidad médica de la salud reproductiva, ésta se ha encargado de preservar la salud femenina, por lo que resulta clave para mantener el pilar de la salud (más adelante se hablara de ésta).

2.3 Situación de Salud de Mujeres en México

La salud es uno de los derechos humanos más importantes porque resulta un menester para ejercer otros derechos. Esto ha dado lugar a reformas nacionales e internacionales para ampliar la cobertura de los servicios aspirando a su universalización, sin embargo no se ha logrado brindar a todos de manera eficiente ni equitativa.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND), establece que “la inequidad de género se manifiesta en las actuales condiciones de dependencia, subordinación, exclusión, discriminación y violencia en las formas de relación entre mujeres y hombres, en los ámbitos familiar, social e institucional”.

Las inequidades y desigualdades son patentes en los ámbitos regional, social y cultural. Sin bien la condición de vida de mujeres mexicanas ha mejorado en cuanto a los niveles generales de escolaridad, a la reducción de la carga reproductiva en términos de la edad a la primera unión y al nacimiento del primer hijo, así como en la reducción de la fecundidad global, no ha ocurrido con la misma intensidad en el medio rural que en el urbano y entre grupos sociales. Aunque ellas siguen concentrando el peso social de la reproducción con la consecuente reducción de oportunidades en su desarrollo humano y social, y con secuelas negativas para su salud.

Gracias eso, diferentes organismos han analizado las diferencias demográficas, sociales, económicas y biológicas que definen a la población en

general y en particular a las mujeres y los hombres; demostrando que existen personas más vulnerables y desfavorecidas socialmente que tienen menos acceso a los recursos de salud, se enferman más y mueren antes que las que se encuentran en posiciones sociales más privilegiadas.

El Promsa fue una iniciativa destinada a incorporar la perspectiva de género en la SS; en este sentido, el programa pretendía dar respuesta a las necesidades de las mujeres como usuarias de los programas y servicios de salud, y como proveedoras de cuidados a la salud en el nivel doméstico, comunitario y en las instituciones. Sin embargo, se especificó que las acciones derivadas del Promsa tendrían siempre en la mira la situación específica de los varones y su relación con los asuntos que el programa aborde.

El Promsa se planteó objetivos, estrategias y líneas de acción para los cinco componentes sustantivos, que lo conformaron, a saber:

1. Institucionalización de la perspectiva de género
2. Salud de las mujeres
3. Información e investigación
4. Mujeres trabajadoras de la salud
5. Salud doméstica y comunitaria

En el apartado referente a la salud de las mujeres se planteaba promover una visión de la salud de la mujer a lo largo del ciclo vital, que incluyera como un elemento esencial la sexualidad y la reproducción, pero que no se limitara a ello.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), identifica ciertos tipos de barreras que impiden concretar el acceso equitativo de hombres y mujeres a dichos servicios, que la propia OPS define como exclusión social en salud. Esta exclusión se expresa en restricciones de diversa índole:

Económicas: como la titularidad en el aseguramiento y el estatus laboral, especialmente en el caso de la población femenina que desempeña actividades informales y carece de acceso a servicios formales de salud. Una alta proporción

trabaja en el servicio doméstico, y se emplea en actividades de tiempo parcial y estacional. Muchas mujeres dependen de otros miembros de la familia para la cobertura de sus necesidades de salud. Además que las mujeres en su mayoría cuentan con menor capacidad económica respecto de los hombres. Los costos en atención a la salud para uno y otro sexo en ocasiones también constituyen restricciones al acceso y uso de los servicios médicos, como la salud reproductiva, por ejemplo.

Socioculturales: el acceso y utilización de servicios de salud en las mujeres se encuentra condicionado por recursos limitados de tiempo y de poder de decisión. La escasez de tiempo se deriva de la doble jornada que gran parte de la población femenina desempeña en ámbitos laboral y doméstico. El limitado margen de decisión respecto al cuidado de su salud radica en la escasa libertad que se otorga a las mismas.

Normativas: se refieren a las restricciones plasmadas en legislaciones, marcos normativos institucionales y prácticas culturales que impactan en temas como los derechos reproductivos, uso de métodos anticonceptivos, penalización del aborto, entre otros.

Institucionales: entre las que se está la infraestructura física del sector, los recursos humanos disponibles para brindar atención al usuario, ubicación de las unidades médicas y los horarios de atención. Los diferentes roles biológicos entre sexos, aunados a la mayor longevidad femenina y, en consecuencia, su mayor morbilidad propician una fuerte demanda de servicios médicos por parte de las mujeres, que incluso supera a la demanda masculina en determinadas áreas de atención.

La articulación entre género y salud es compleja y tiene al menos las siguientes dimensiones: la salud de las mujeres, el papel de las mujeres como proveedoras de cuidados a la salud doméstica y comunitaria y las condiciones de contratación, permanencia y prestaciones laborales de las trabajadoras de la salud.

Entonces si la mujer es un ser independiente, valioso e importante dentro de un país, es justo que reclame sus derechos a todos servicios, siendo primordial la salud, donde la ginecología y obstetricia son el organismo que se encarga de cubrir estas necesidades, dentro de la institución pública. De este modo, se hará una revisión de conceptos de los principales padecimientos y enfermedades que de las mujeres en México.

2.4 Ginecología

El ginecólogo es el médico más importante en la vida de una mujer, ya que la ayudará a transitar plenamente las sucesivas etapas de su vida como adolescencia, noviazgo, matrimonio, embarazo, control de natalidad, climaterio y senectud. La ginecología es una especialidad de la salud reproductiva.

Ginecología significa "*ciencia de la mujer*", sin embargo, al aplicarla a la práctica de la medicina, se refiere a una especialidad médica y quirúrgica que estudia su fisiología, además de tratar las enfermedades de su sistema reproductor, es decir: genitales externos, internos y mamas de la mujer no embarazada, así como la prevención del inicio del embarazo mediante diferentes métodos con la finalidad de planificar la formación de una familia (Botella y Clavero, 1993).

Desde siempre Ginecología y Obstetricia han estado muy unidas, incluso se llegó a pensar que eran lo mismo, no obstante es necesario tener muy clara la diferencia entre ambas especialidades.

Obstetricia viene del verbo latino "*obstare*", que significa "*ponerse enfrente*" "*estar delante*" o lo que aplicado a la clínica viene siendo el estar delante de/ y asistir a la mujer en el parto y al feto. Así pues, la Ginecología es el todo, la biología y la patología de la mujer, siendo la Obstetricia la medicina de la embarazada y de la parturienta.

La ginecología permite el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como el cáncer, el prolapso, la amenorrea, la dismenorrea, la menorragia y la infertilidad. Su espectro de actividad va desde la niña prepuberal (ginecología infanto-juvenil) hasta la mujer madura post-menopáusica

Las mujeres deben realizar consultas ginecológicas de manera periódica para gozar de buena salud y prevenir los trastornos. Sin embargo, el carácter íntimo de estos estudios genera una cierta incomodidad y hace que, muchas veces, sean postergados.

La primera visita con el especialista idealmente debe ser entre los 11 y 15 años de edad porque en esa etapa se presenta el primer ciclo menstrual, por tanto, es adecuado para orientar a la adolescente sobre los cambios hormonales y el desarrollo, tanto físico como psicológico que experimentará durante el resto de su vida.

En la ginecología infanto-juvenil, se parte dividiendo la adolescencia dada la trascendencia de la primera menstruación en premenarca y posmenarca. Pero ¿con qué se comienza? Bajo el concepto de atención primaria y en la lógica de la prevención, es recomendable visitar al ginecólogo dos veces al año desde los 11 años. Se inicia con controles de crecimiento y desarrollo en un gráfico personalizado de talla y peso. Donde se calcula el Índice de masa corporal (IMC) $\text{Peso sobre Altura (Normal: entre 19 y 24)}$ y se consigna en qué período de Tanner está (vello pubiano y mama: evaluación indirecta de los niveles de estrógenos y andrógenos puberales).

Asimismo, se evalúa el desarrollo óseo como preparación al importante pico de crecimiento que ocurrirá poco después. Gran parte de la temida osteoporosis de la adulta se “juega” en esta etapa donde se forma el 70% de la estructura ósea. Si el caso es preocupante (desnutrición, enfermedades crónicas) es posible indicar una densitometría pero utilizando aparatos que estén validados para estas edades. También se observan hábitos posturales y cómo está alineada la columna

para prevenir las frecuentes desviaciones posteriores (escoliosis, xifosis) que ocurren a esta edad.

De igual forma, se mide la relación masa grasa / masa magra con la maniobra del pliegue tricípital o medida más exacta con el plicómetro si se tiene. Con el fin de explicitar la importancia que esto tiene para una menarca en edad adecuada. Es necesario un 17% de masa grasa para menstruar y un 21% para ovular.

Finalmente, dentro del examen físico se incluye, respetando el pudor de la adolescente, el examen de los genitales externos para observar las características del himen y la permeabilidad vaginal con la técnica del hisopo o pipeta. De esta manera se descartan las malformaciones obstructivas que pueden impedir la salida normal de la 1ª menstruación o la posterior colocación de tampones.

❖ Posmenarca

Ocurrida la menarca y ya en plena adolescencia se realizan los siguientes controles (Méndez,s/f: *web*):

- Prevención de patologías clínicas específicas del proceso adolescente.
- Investigación de antecedentes de enfermedades crónicas iniciadas en la etapa infantil (insuficiencia renal, diabetes, asma, etc.).
- Detectar estados depresivos preocupantes (suicidio).
- Descartar hipertensión e hipercolesterolemia familiar. Si es Á, lo chequeamos en la paciente.
- Repasar el calendario de vacunas y completar las que faltan
- Promover con énfasis el no uso de tabaco, alcohol, drogas y anabólico esteroideos.
- Prevención de accidentes (primer causa de muerte en este grupo etáreo)

Igualmente, es recomendable chequear para prevenir patologías ginecoendócrinas (Méndez,s/f: *web*):

- Proceso ovulatorio.
- Evaluación precisa del tipo e intensidad del dolor menstrual. Pesquisa de posible
- Endometriosis.
- Adecuada evaluación de los trastornos del ciclo. Descartar hiperandrogenismo:
- Acné, hirsutismo.
- Detección perfil poliquistosis ovárica (oligomenorrea), obesidad. Ecografía Ginecológica.
- Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, trastornos atípicos,
- Asesoramiento sobre responsabilidad coital. Anticoncepción. Brindar muy buena consejería.
- Prevención de ITS – SIDA.
- Cuidado oncológico. Pesquisa de HPV: Papanicolaou y colposcopia al inicio de las relaciones sexuales. Examen mamario. Si es necesario, ecografía mamaria.
- Enseñanza de autoexamen (> 21 años).
- Detección de malformaciones genitales altas (ecografía).
- Abuso sexual.

Ya en el periodo adulto, el control en salud es de acuerdo a los distintos períodos de la vida (Méndez, *web*), se enfatiza en:

- Preparación para el matrimonio. Sexualidad normal. Derechos de la mujer.
- La salud sexual de la pareja. Disfunciones.
- Planificación familiar previa al 1º hijo.
- Estudio preconcepcional. Estudio básico de fertilidad.
- Atención del embarazo normal. Controles prenatales adecuados (OMS).
- Preparación para la lactancia.
- Parto y lactancia. Prevención de la disfunción del piso pelviano en el puerperio.

- Detección precoz de IOE.
- Chequeos clínicos, ginecológicos y mamarios periódicos.
- Planificación familiar intergenésica.
- Evaluar nutrición (obesidad) y hábitos (alcohol, tabaco), presión arterial, distress, ejercicio físico.
- Planificación familiar posgenésica.
- Screening del cáncer de colon, pulmón y laringe.
- Evaluación de la premenopausia.
- Preparación para el climaterio. Hipertensión. Dislipidemia. Nutrición.
- Tratamiento integral del climaterio. Prevención de osteoporosis.
- Evaluar piso pelviano. Adaptación a una sexualidad diferente.
- Control de la tercera edad. Evaluación cardiovascular. Disfunción urinaria.
- Calidad de vida.

Además se evalúan las afecciones clínicas más prevalentes en la mujer.

Por lo regular la primera consulta incluye una revisión de mamás y exploración física, para descubrir si existen alteraciones además de una serie de preguntas sobre la aparición y periodicidad del ciclo menstrual, las enfermedades que has tenido y si es una mujer sexualmente activa, éstas servirán para integrar el expediente y llevar control sobre los antecedentes y posibles riesgos de padecimientos. La exploración física dependerá de la situación individual de cada paciente, para mayor comodidad se hace ante la presencia de una enfermera y si la paciente lo solicita, de un familiar.

Así, en relación al examen físico, se agrega al habitual ginecológico y mamario un examen clínico básico (Méndez,s/f: *web*):

- IMC: peso / altura (19 a 24). Diámetro de cintura (80 cm).
- Toma de presión arterial y pulsos.
- Examen abdominal, colónico y anal.

- Examen de miembros inferiores (várices).
- Examen dermatológico.
- Examen de columna y postura.

La prueba de Papanicolaou, también conocida como citología vaginal o Pap, es el estudio ginecológico más habitual. El ginecólogo toma muestras de las células epiteliales que se encuentran en la zona de transición del cuello uterino, lo que le permite conocer el estado hormonal, identifica alteraciones inflamatorias y orientar sobre un posible diagnóstico de cáncer cérvicouterino

2.5 Servicios Ginecológicos

En México, en toda la historia, el Consejo sólo ha certificado 157 especialistas en Biología de la Reproducción, 103 en Medicina Materno-Fetal y 48 en Urología Ginecológica. No todos mantienen vigente su certificación y alguno ha muerto o se ha retirado. Actualmente se han certificado 6,800 ginecoobstetras.

Sin embargo, la distribución nacional de estos subespecialistas no es equilibrada (¿o superespecialistas?): si exceptuamos el Distrito Federal y el Estado de México, donde se concentra la mayoría, encontramos que en Biología de la Reproducción sólo hay 48 certificados en todo el país: 10 estados de la República tienen sólo uno y otros 10 ninguno. En Medicina Materno-Fetal no hay subespecialistas certificados en 17 estados y en 10 sólo hay uno y en Urología Ginecológica en cinco estados hay uno solo y en 21 estados ninguno.

De esta manera en 25 estados del país el ginecoobstetra “general” tiene que atender los problemas de las tres subespecialidades, por necesidad forzosa ante la carencia de personal más preparado y acreditado.

En la medicina institucional, deberán reservarse a ellos la solución de los casos verdaderamente complejos de sus disciplinas, y el nivel de complejidad en que se base la delimitación de los campos operativos, deberán fijarlo las

autoridades médicas institucionales, tomando en cuenta las necesidades de su población y los recursos de que dispongan.

En la práctica privada, el ginecoobstetra recurrirá al subespecialista en la medida en que éste demuestre solvencia científica y técnica, además de honestidad profesional.

Las estadísticas de mortalidad materna y perinatal, la producción científica nacional y otros indicadores de la ginecoobstetricia mexicana no son los deseables. Se requiere mejorar los niveles de salud y la calidad de vida de nuestras mujeres. Esto se logrará incidiendo a muchos niveles, pero la necesidad de médicos con alta preparación en nuestra especialidad es evidente. No existen los suficientes en este momento y además su distribución geográfica no es acorde a las necesidades.

3. DEL CUERPO E IMAGEN FEMENINA

Se ha hablado de la construcción del ser mujer, en cuanto a estructuras psíquicas, físicas y sociales, llegando al punto que mujer significa y representa más que un cuerpo femenino, se refiere como al cuerpo como entidad física que forma parte del ser, siendo el medio por el que siente, piensa, comunica y transmite, pero también cambia, evoluciona y también enferma. En este apartado se hablará de la imagen femenina, como cuerpo físico y su representación social, así como la modificación de éste por una cirugía ginecológica ¿Qué se entiende por cuerpo? ¿Cómo se modifica un cuerpo enfermo? ¿Afecta una cirugía la construcción de éste? ¿Se modifica el significado de la persona como mujer?

Se parte de que la representación que cada sujeto tiene de su cuerpo es única e incide en cómo vive la experiencia de una cirugía producto de una enfermedad. El enfermar y ser expuesto a una cirugía, se afectan partes de cuerpo que están llenas de representaciones subjetivas y culturales que remiten, entre otras, a la feminidad y a la maternidad. Con base en esto, se plantea que la enfermedad no afecta sólo la dimensión biológica de la mujer, sino también su representación de cuerpo y su vínculo con el otro. Finalmente, se aborda el concepto de duelo, entendido como el proceso psíquico que se produce tras la pérdida de algo valioso para el sujeto y que puede referirse a la salud, la imagen del cuerpo, los proyectos y los vínculos.

3.1 Cuerpo

Han existido muchas concepciones acerca del cuerpo, pero no se ha logrado construir una definición exacta de éste debido a que “el cuerpo es una construcción social”, es decir, es el receptáculo de los símbolos y valores culturales que predominan dentro del imaginario de una sociedad. De tal forma que definir al cuerpo significa ubicarlo en un tiempo y espacio determinado.

Anteriormente, la noción de cuerpo no existía como tal. Las sociedades “primitivas” no pensaban al cuerpo como un medio de diferenciación, de hecho no tenían noción de éste, sino cuerpo y naturaleza eran inherentes. El cuerpo era parte de la naturaleza y la naturaleza parte del cuerpo.

En las sociedades prehispánicas (México) la relación entre la naturaleza y el hombre, plasmada en mitos, era la única forma – que ellos tenían- para generar certidumbre sobre su estar en la tierra.

Durante la Edad Media y parte del Renacimiento, el mundo se reconfigura hacia la existencia de un Dios. La idea del ser humano como producto de la naturaleza deja de existir. Es en esta etapa cuando se empieza a percibir una división entre el hombre y la naturaleza. Es importante aclarar que esta división no es tan notoria en un principio porque sigue existiendo una complicidad de lo colectivo, pero responde a la idea de que el cuerpo, como creación divina, es considerado sagrado; por lo que se le atribuyen valores como pureza y pulcritud, los cuales están totalmente disociados de la naturaleza⁸.

El cuerpo durante la Edad Media era concebido como sacro, por lo que no se permitía que se le hiciera algún tipo de abertura. El concilio de Tours, de 1163, prohíbe que los médicos monásticos hagan correr sangre (Le Bretón, 2010); pero la curiosidad por parte de los médicos hizo que de forma clandestina abrieran los cuerpos de la gente muerta y así comenzaron sus estudios sobre el funcionamiento interno de éste. Una de las personas que hizo grandes aportaciones en este sentido fue Vesalio a partir de su “Fabrica del cuerpo humano”¹⁰, en donde él bosqueja la idea de cuerpo como un órgano atomizado; pero es hasta Descartes cuando realmente se concibe al cuerpo como un órgano completamente separado del alma (cuerpo profano).

Al principio éstas prácticas médicas eran mal vistas por la sociedad, pero el auge científico basado en la razón observación y objetividad permitió que estos experimentos se siguieran realizando, de hecho éstas practicas permitían a los

médicos esclarecer sus dudas sobre cuáles eran las proporciones ideales de éste.

El objeto teórico de la medicina ha sido el “organismo” biológico y se centra en él. Siguiendo esta línea, éste filogenéticamente se ha ido conformando en el proceso de evolución a partir de las formaciones de vida más simples en continua adaptación a la condiciones de su medio ambiente. Ontogenéticamente se desarrolla madurativamente teniendo en cuenta las leyes neurofisiológicas. Su método de investigación es por un lado el cadáver y por el otro el estudio del hombre vivo con la ayuda de la inspección exterior, es decir al exploración de los enfermos. A través de esta exploración la medicina realiza una lectura clínica de fenómenos, pues atiende al conjunto de signos para buscar en ellos su diagnóstico y tratamiento (Unzueta y Lora, 2002).

Para el discurso médico el concepto de cuerpo coincide con el de organismo, el cual se define cómo la materia biológica que, constituida como un conjunto de sistemas, funciona e interactúa para permitir la vida orgánica. El estudio y la intervención de esta materialidad se apoyan, en ciencias exactas y naturales como la Matemática, la Física y la Química, las cuales dan pie a la Anatomía y la Fisiología, fundamentos de la Medicina. El discurso médico, según Foucault (1966), se basa en ciencias que observan, objetivan, generalizan y formulan leyes universales de estructuras y funciones para intervenir desde allí el cuerpo como organismo (en Díaz, 2010).

Así se abre camino hacia un estudio estético sobre el cuerpo. A esta situación también hay que agregarle el factor económico, ya que, paralelo a la racionalización del conocimiento, se encuentra el desarrollo del Capitalismo.

Desde lo cotidiano se lo entiende como “sustancia” (parte material de un ser), como “volumen”, “colección” (cuerpo jurídico), como “organismo” (cuerpo médico), como “representación mental” o “esquema corporal” (desde la psicología).

La medicina siempre actúa sobre dos fundamentos convencionales: *Patología*, que es el estudio de enfermedades y *Terapéutica*, que enseña procedimientos para combatir dichas enfermedades. La *Enfermedad* desde esta perspectiva se define como alteración de la salud y *Salud* como normalidad funcional del organismo. Toda dolencia es manifestación de "falta de salud" o desarreglo funcional. Así la Patología es la clasificación funcional o nomenclatura de síntomas o manifestaciones de falta de salud (Unzueta y Lora, 2002).

El organismo es el sitio donde la enfermedad se manifiesta, que la medicina observa, describe, designa, clasifica. Para realizar esta práctica técnica, la medicina produce en tanto que objetos de conocimiento, el concepto de enfermedades que luego deberá explicar. Así las enfermedades son efectos visibles, objetos de reconocimiento. La enfermedad representa para quien la padece una pérdida, una desventaja, un sufrimiento, una limitación, un displacer, un motivo de demanda.

El *Psicoanálisis* retoma el concepto de cuerpo pero lo demarca de la medicina y la psicología para postularle un estatuto diferente. Ya Freud planteo en el "Yo y el ello" (1929:29), que el yo es ante todo un yo corporal. Nos habló de su constitución a partir de las pulsiones, frontera entre lo psíquico y lo somático. Pulsiones que actúan sobre la vida psíquica y sobre la vida vegetativa. Este cuerpo se aleja de sus elementos puramente fisiológicos o anatómicos para entrar en el campo de lo imaginario y sus construcciones. Es desde el cuerpo que se organizan los sentires, las emociones y las pasiones que nos ponen en contacto con los otros. Si estas relaciones se desarrollan bajo el primado de Eros posiblemente el cuerpo nos dé muestras en su expresión de estos lazos amorosos, pero si lo que predomina son las pulsiones de muerte, asociadas al goce, vinculado a la compulsión a la repetición (diferente del placer que se somete al principio de realidad), las pulsiones destruirán su propia "morada"; como lo señala Assoun (1998) la meta de Tanatos es anular el deseo (las cicatrices del cuerpo).

La experiencia del cuerpo tiene que ver con una historia personal, y con una historia social, dialogo que el sujeto establece consigo mismo y con los otros y que le permite ir construyendo una identidad.

Define al cuerpo desde los tres registros de la experiencia psicoanalítica: lo real, lo simbólico y lo imaginario (Unzueta, 2002).

Desde el registro de lo *Real* el cuerpo puede equipararse al organismo – carne, mucosas, entrañas, cavidades, fluidos– de la medicina. Antes de nacer este organismo se lo espera con un nombre, un sexo, esperanzas, sueños, ideales, es decir ya circula en un discurso. En consecuencia pierde esta condición de real y pasa a constituirse como sujeto. Al mismo tiempo la madre que encarna al Otro primordial irá erogenizado este organismo a partir de determinados significantes – horarios, sabores, caricias, miradas, olores, voces, golpes, etc.– que irán marcando el cuerpo del sujeto.

Desde el registro de lo Simbólico el cuerpo es como un investimento, primer objeto que se caracteriza. Lo que viste son deseos, necesidades, exigencias, apetencias, placeres, goces. Es un cuerpo vacío, si contenido, hecho sin órganos, cuerpo que se prestará como superficie de inscripción a recibir la marca significativa y en el que se irán privilegiando ciertas zonas erógenas y circuitos pulsionales.

Desde el registro de lo Imaginario el cuerpo es la vivencia de una imagen unitaria, que brinda unidad al organismo fragmentado con el que el sujeto nace. El organismo fragmentado encuentra su unidad en la imagen; la cual en su papel estructurante organiza el cuerpo ubicándolo como cuerpo humano: como forma total, superficie, recinto, límite, contorno, que va a ser habitado, investido, vestido, recubierto por la lívido. Así el cuerpo se constituye como recubrimiento libidinal trazando una organización erógena..

En la compleja relación del sujeto con su cuerpo, su imagen dependerá de investiduras libidinales que lo llevaran a la constitución de un cuerpo erógeno. En

este tránsito el sujeto podrá o no apropiarse del destino de su cuerpo. Para ello, tendrá que ir recorriendo los distintos registros de la emoción, de la sexualidad, del sufrimiento, del placer, para "resinificar" ese "cuerpo latente" que permanece oculto y a veces ajeno para el sujeto. Esta historización es necesaria para desarrollar un proceso identificador que nos permitirá leer los múltiples significados y lenguajes que el cuerpo ofrece como cuerpo de deseo y descifrar las distintas patologías (las cicatrices del cuerpo).

El Psicoanálisis, ha mostrado interés alrededor del cuerpo y los aspectos intrapsíquicos relacionados con éste; desde la histeria de conversión de la época freudiana, hasta la actual gama de sintomatologías o revelaciones corporales como la anorexia y la bulimia, las predisposiciones a enfermedades crónicas y de alto riesgo, Chiozza (2001), que le da al cuerpo una dimensión como objeto de estudio, un ente que tiene algo que decir. Con ello, se da la aparición del concepto contemporáneo del Fenómeno Psicósomático, como una condición del cuerpo presa de un discurso médico, que se caracteriza, según Alan- Miller (1991), por situarse casi en el nivel del registro de lo animal en el hombre, en el fenómeno bioquímico y fisiológico que no tiene representación, ni afecto ni significancia, emanándose y permaneciendo en los límites de las estructuras o fuera de ellas (en Acuña, 2010).

Dentro de la psicología se ha tomado la psicología evolutiva de Arnold Gesell en su planteo de las áreas de conducta (motriz gruesa, motriz fina, lenguaje, personal-social y adaptativa) y la elaboración de las escalas de desarrollo a partir de aquéllas que permiten medir la evolución del esquema corporal, que sigue una maduración nerviosa. Y también se ha tomado la teoría del esquema corporal de Marianne Frostig, en lo que se refiere a la imagen corporal (la impresión que la persona tiene de sí misma), el concepto corporal (el conocimiento intelectual que una persona tiene de sí mismo y es adquirido por medio del aprendizaje), y el esquema corporal (la toma de conciencia global del cuerpo).

Exacerbado o no el impulso por la apariencia física, se relaciona con la concepción psíquica de la imagen corporal que tiene su origen en la infancia, producto de interacciones familiares particulares, como formas de convivencia y patrones de crianza, y vivencias infantiles trascendentales. Estos elementos se conjugan de tal manera que se constituyen en el libreto del inconsciente, dentro del cual se concibe la imagen corporal. Su valoración o no dependen de la funcionalidad familiar y la calidad de los vínculos primarios, de la misma forma que de los eventos vividos en el transcurrir de la existencia, pero sobretodo, del éxito de la tramitación psíquica de los mismos.

Toda tendencia libidinal o deseo cambia la imagen de nuestro cuerpo. La imagen corporal es una de las experiencias básicas en la vida y uno de los puntos capitales de la constitución del sujeto. El desarrollo de la imagen corporal corre paralelo al de las percepciones, pensamientos y relaciones objetales como afirma Paul Schilder (1958:174). La imagen corporal se caracteriza por una gran labilidad, el ser humano recurre a múltiples recursos para transformarla; el vestido, los cosméticos, los tatuajes, la cirugía plástica, son todos elementos que nos permiten disimular ciertas limitaciones del cuerpo agregando máscaras y ropajes (las cicatrices del cuerpo)

La psicología a partir de las estructuras biológicas y establece que la construcción del “esquema corporal” se construye progresivamente paralelamente al desarrollo y maduración nerviosa, pero plantea que existe otra dimensión que la resume en el “esquema corporal” como una representación mental la cual no solo equivale a sentir nuestro cuerpo como piel, músculos, huesos, cartílagos; y que no es sólo la imagen de las partes del cuerpo como un dibujo, sino que resume las experiencias corporales cognitiva, subjetiva y afectiva (Unzueta y Lora, 2002).

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999). Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal. (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007)

Cuando el cuerpo se enfrenta a la enfermedad, en los casos particulares de problemas ginecológicos, afecta al organismo en zonas muy significativas para la mujer, lo que produce consecuencias en la imagen del cuerpo y, con ellas, en la relación con el otro. De igual forma, los principales tratamientos que se proponen para la enfermedad: cirugía, quimioterapia y radioterapia tienen repercusiones significativas en los órganos afectados y en la representación que de ellos hacen las mujeres (Díaz, 2008).

Se retoma esta explicación con el fin de dar sentido al proceso que vive la mujer en una cirugía quirúrgica, tomando en cuenta las implicaciones de las pacientes al enfrentar las afecciones orgánicas y subjetivas propias de la enfermedad que modifican de forma importante su relación con el cuerpo, con el otro y su sexualidad.

3.2 Imagen femenina

Hoy, la cultura se encuentra representada bajo el signo de lo corpóreo, del soma como medio de expresión del psiquismo humano, como depósito subjetivo de libido y el deseo; se pronuncia a través de él la iniciativa humana, y el anhelo histórico y sobrecargado del ideal estético de la humanidad, convirtiéndose en objeto o en sujeto, según sea el caso. Ello, ha dado paso al nacimiento de un neonarcisismo, que se expresa mediante la atención exacerbada hacia el cuerpo y en la obsesión moderna del Yo, desmantelando las “resistencias tradicionales” y haciendo de lo corporal, una instancia disponible para cualquier experimentación, Sennet, R. (1979). Dicho narcisismo se destaca por sostenerse en la realidad a través de los sustitutos, ilusiones compensatorias del verdadero contenido inconsciente que se emite disfrazadamente en lo circundante del colectivo social. Es un verdadero culto al cuerpo (en Acuña, 2010).

En las últimas décadas se ha impuesto en el mundo occidental un prototipo de cuerpo valorado: atlético y fuerte para el hombre, voluptuoso y esbelto para la

mujer. Cuerpo estereotipado, sin rasgos que lo diferencien de los otros, y que los medios de comunicación exaltan permanentemente. Éstos promueven el culto al cuerpo con la puesta en escena de modelos de perfección y generan el rechazo a los sujetos que no cumplen con los paradigmas de belleza establecidos por ellos mismos. En este sentido, la sensación de no acercarse al ideal de cuerpo —ideal que en sí mismo es inalcanzable— genera en los sujetos una experiencia de continua insatisfacción que conduce al surgimiento de síntomas —anorexia, bulimia, consumo de anfetaminas, intervenciones estéticas repetidas— los cuales expresan que la relación que un sujeto establece con su cuerpo, no es armónica ni natural (Díaz y Cortés, 2005).

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999). Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, etc... Aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen.

La imagen del cuerpo propio comienza en la infancia, en gran medida cómo un niño es nombrado, hablado, y mirado, Rivadero, S (2006). Es muy importante el velo amoroso con que lo invisten los padres. Es en el segundo despertar sexual, que se actualiza el esquema corporal, y en los diferentes momentos de la vida se resignifica nuevamente dicho esquema. En el Estadio del Espejo, él bebe se hace a su propia imagen, reflejada en el campo especular del Otro que lo reconoce, recibiendo su aprobación. Si dicha aprobación no está disponible para el niño, puede haber consecuencias negativas en la subjetividad del mismo. El espejo no solo viene de los padres, sino de los otros sociales, amigos y cultura en general. Cuanto más tarde el niño atraviesa por el estadio del espejo no basta con que en realidad haya un espejo plano donde reflejarse. Se hace necesaria la presencia de

ese Otro, inicialmente la madre, que se *refleje con él*. El niño puede darle forma a su propio esquema corporal si su narcisismo se satisface con la imagen que ve en el espejo y que *cualquier otro* puede ver (González, 2003)

La preocupación anómala (o no) por la imagen corporal no es propia de estos días. Se pueden registrar en las elongaciones o aplastamientos craneales observados en culturas precolombinas, las atrofas en los pies de mujeres de Extremo Oriente consecuencia del vendado a que se les sometía, los largos cuellos de jirafa de determinadas tribus de África o las elongaciones de orejas o labios, hacían más bellas a estas personas que ahora parecen deformes o monstruosas (De la Serna, P. 2004). En la actualidad, este ideal estético posee un valor agregado: el consumismo, el cual incentiva las relaciones interpersonales vacías y define el estatus en el colectivo social, tomando de referente el significante dinero como autoridad regidora, como medio y fin último, disposición que se desarrolla en el regazo del núcleo familiar, como derivación de un proceso vital que le es inherente (Acuña, 2010).

Cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana se habla de trastornos de la imagen corporal.

En la sociedad occidental un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal. Esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo se convierte en un trastorno, es decir en un malestar significativo, en un 4% de las mujeres y en menos del 1% de los hombres. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas.

Exacerbado o no el impulso por la apariencia física, se relaciona con la concepción psíquica de la imagen corporal que tiene su origen en la infancia, producto de interacciones familiares particulares, como formas de convivencia y

patrones de crianza, y vivencias infantiles trascendentales. Estos elementos se conjugan de tal manera que se constituyen en el libreto del inconsciente, dentro del cual se concibe la imagen corporal. Su valoración o no dependen de la funcionalidad familiar y la calidad de los vínculos primarios, de la misma forma que de los eventos vividos en el transcurrir de la existencia, pero sobretodo, del éxito de la tramitación psíquica de los mismos.

3.3 Cirugía

La cirugía es una de las áreas más importantes de la medicina y de la vida en general. Desde sus inicios a la actualidad, ha logrado entender y dominar la ruptura del equilibrio que provoca en el organismo humano. Desde hace 50 años, la cirugía ha tenido un progreso enorme, que ha causado que el día de hoy, casi cualquier operación sea posible.

Se denomina cirugía (del griego *χείρ* *cheir* "mano" y *ἔργον* *érgon* "trabajo", de donde *χειρουργεία* *cheirurgéia* "trabajo manual") a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico

Desde hace siglos ha estado presente la cirugía. Anteriormente se ocupaba de cuidar y operar a los heridos por lo que existía sólo la cirugía de urgencia. En la antigüedad, en lugares como Mesopotamia, Egipto, Grecia, Roma y el Extremo Oriente, ya había médicos que practicaban la cirugía, pero con un sentido religioso. Fue Hipócrates quien en el siglo V a. C., separó la disciplina de la religión y la magia. Tiempo después, en el siglo XIV, Guy de Chauliac escribió importantes tratados que manifestaron los avances de la anatomía y en el siglo XV, apareció la profesión del cirujano-barbero. La cirugía se comenzó a abrir en el Renacimiento, con importantes descubrimientos y avances en anatomía, histología y fisiología. En el siglo XVI, destacan Ambrosio Paré, que dedicó su vida a la cirugía y fue el primero en anunciar la ligadura arterial en las amputaciones, y

Paracelso, que realizó importantes lecciones quirúrgicas. En el siglo XIX, Horace Wells y William Morton aportaron con las primeras técnicas del uso de anestésicos. Además, en la época destaca Joseph Lister, descubridor de la antisepsia y del uso del ácido fénico como desinfectante de heridas. En 1878, Pasteur propuso la asepsia. En el siglo XX, los avances fueron mucho más acelerados, con el descubrimiento de los antibióticos y el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, además de las nuevas tecnologías y avances en la biología y la medicina.

En el México precortesiano, el médico era llamado “shamán” y se encargaba de la atención de enfermedades y curación de heridas. En las culturas maya y azteca se reconoció el mayor nivel de evolución en cirugía, medicina y obstetricia. “tlamautepatli-ticitl” era el médico, “texoxotla-ticitl” era el cirujano y “tamatqui-ticitl” era la partera.

El texoxotla-ticitl, con verdaderos métodos quirúrgicos, utilizaba cuchillos de obsidiana bien afilados para tratar lesiones como abscesos, ántrax y mastitis supurada, los cuales drenaba y cubría posteriormente con apósitos. Realizaba circuncisiones y mutilaciones longitudinales del pene a candidatos que entrarían a la casa sacerdotal. Operaba el pterigión, y con espinas de maguey efectuaba sangrías y realizaba hemorroidectomías.

La cirugía consiste en la intervención de los tejidos. De hecho, se considera una cirugía cuando existe el corte de los tejidos de un paciente o el cierre de una herida previa de carácter importante. Cualquiera sea la forma quirúrgica, se considera un procedimiento invasivo. Las cirugías llamadas no invasivas se refieren a una extirpación sin penetrar los tejidos, como es el caso de la ablación láser de la córnea o la radiación de un tumor. Se clasifican según la urgencia, el tipo de procedimiento, el grado de invasividad, la parte del cuerpo involucrada y la instrumentación especializada.

La cirugía electiva es la que se realiza para corregir condiciones sin riesgo vital, a pedido del paciente. La cirugía de emergencia es la que se realiza de forma

rápida para salvar vidas, partes del cuerpo o capacidades funcionales. La cirugía exploratoria es la que se efectúa para diagnosticar o confirmar un diagnóstico. Una cirugía terapéutica trata las condiciones diagnosticadas previamente. La amputación se encarga de cortar partes del cuerpo como extremidades y dedos, mientras la reimplantación se preocupa de volver a unir las que se han cortado. La cirugía reconstructiva es la que reconstruye una parte del cuerpo dañada, deformada o mutilada. La cirugía estética mejora la apariencia de una estructura normal. La extirpación se encarga de cortar un órgano, un tejido u otra parte del cuerpo de una persona. La cirugía de trasplante reemplaza un órgano o una parte del cuerpo de una persona, por otra procedente de otra persona o, a veces, de un animal. La cirugía ósea, que repara las fracturas y corrige las deformaciones de los huesos y las articulaciones. También es importante la cirugía plástica, que corrige malformaciones y restaura la función de muchos órganos. Así también hay otras cirugías que abarcan otras áreas o partes del cuerpo.

Las cirugías también se clasifican según la parte del cuerpo involucrada. Así, la operación al corazón se llama cirugía cardíaca, a los órganos del sistema digestivo, cirugía digestiva, a los huesos o músculos, cirugía ortopédica, etc.

La cirugía se convierte en instrumento terapéutico, ciertamente esencial, pero no exclusivo. Antes de decidir si el paciente será intervenido, se toman en cuenta los exámenes de laboratorio y la opinión de colaboradores en el diagnóstico, y se consideran a su vez aspectos del paciente, como su posición social, estado psicológico, etc. La operación se vuelve entonces algo más que sólo el tiempo en que el paciente está sobre la mesa de operaciones, y se tomarán en cuenta las etapas de estudio y preparación del enfermo para la intervención; es decir, el preoperatorio, el manejo propiamente del aspecto técnico quirúrgico en el transoperatorio, y los cuidados y medidas que se deben otorgar al enfermo en la etapa subsiguiente, esto es, en el posoperatorio, normal o patológico.

El desarrollo de medidas de apoyo, como el empleo de venoclisis, analgésicos, antibióticos, transfusiones, anticoagulantes, etc., resulta esencial y coadyuva a lograr el objetivo primordial de la cirugía, que es reintegrar al paciente

a su núcleo social y familiar en condiciones adecuadas para el desempeño de sus actividades.

Por otro lado, el servicio de cirugía ocupa un lugar prioritario dentro de la organización de los servicios. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se realizan alrededor de 1.4 millones de cirugías al año y 3934 en un día típico. Las cifras indican que el IMSS destina muchos recursos a la atención obstétrica, ya que de las 1 436 094 cirugías realizadas durante 2004, la intervención más frecuente fue la operación cesárea con 222 928, que junto con los legrados, las oclusiones tubarias y las histerectomías concentran 37.6% del total de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el año. Las cesáreas se realizaron en 39 % de los partos ocurridos en 2004; 8.3% se efectuó en mujeres adolescentes. Destacan las colecistectomías, casi seis veces más frecuentes en las mujeres de 20 a 59 años que en los hombres de la misma edad. Dentro de las principales intervenciones aparecen otras cirugías bastante comunes y de poca complejidad como las hernioplastias, apendicectomías, amigdalectomías, rinoplastias, biopsias y circuncisiones. La información sobre complicaciones e infecciones de heridas quirúrgicas es escasa y no se presentan datos. Los procedimientos quirúrgicos son más frecuentes en las mujeres (67%) y en ciertas especialidades.

En cuanto al sexo, 71% de las cirugías se realizó en las mujeres y esta participación se redujo a 53 % cuando se excluyen las intervenciones obstétricas. De acuerdo a lo anterior, la mujer es más propensa a requerir servicios médicos, debido a su biología que implica la procreación y como consecuencia ser vulnerable a diferentes padecimientos que en los hombres la posibilidad es remota o nula.

Sin embargo, el cirujano sólo trabaja con el cuerpo de la mujer en base al discurso médico. La medicina actúa sobre: Patología, que es el estudio de enfermedades y Terapéutica, que enseña procedimientos para combatir dichas enfermedades. Toda dolencia es manifestación de “falta de salud” o desarreglo funcional. Así la Patología es la clasificación funcional o nomenclatura de síntomas o manifestaciones de falta de salud. Así, no hay importantes estudios que

examinen el significado de la cirugía en mujeres ni el efecto que causan más allá de la físico que es lo inmediato. Partiendo de lo anterior, se hablará de la dimensión del cuerpo, así como de sus dimensiones y de la importancia de la imagen para la mujer.

3.4 Histerectomía

Una histerectomía es una operación extirpa el cuello uterino así como el para extraer el útero (matriz) de la útero de mujer. El útero es el lugar donde se desarrolla el bebé cuando la mujer se embaraza. Algunas veces se extraen las trompas de Falopio, los ovarios y el cuello del útero al mismo tiempo que se extirpa el útero. Estos órganos se localizan en el bajo vientre de la mujer (ver imagen). El cuello uterino se encuentra en el extremo inferior del útero. Los ovarios son los órganos que producen los óvulos y las hormonas. Las trompas de Falopio llevan los óvulos de los ovarios al útero (en Centro Nacional de información sobre la Mujer, 2003).

Si todavía no llega a la menopausia, una histerectomía evitará que sangre cada mes (períodos.) Tampoco podrá quedar embarazada. Existen varios tipos de histerectomía:

- Una *histerectomía completa o total*, donde se extirpa el cuello uterino así como el útero. Este es el tipo más común de histerectomía.
- La *histerectomía parcial o subtotal* (llamada también histerectomía supracervical) extrae la parte superior del útero y deja el cuello uterino en su lugar.
- En la *histerectomía radical* se extrae el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina y sus tejidos de apoyo. Este procedimiento se realiza en algunos casos de cáncer.

A menudo se extraen uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio al mismo tiempo que se realiza una histerectomía. Cuando se extraen ambos ovarios

y ambas trompas de Falopio, el procedimiento se llama salpingo-ooferectomía bilateral.

Si se extraen los ovarios en una mujer antes de que llegue a la menopausia, la repentina pérdida de su principal fuente de hormonas femeninas le causará que entre súbitamente a la menopausia (menopausia quirúrgica). Esto puede ocasionar síntomas más graves que una menopausia natural.

Las histerectomías se realizan por medio de un corte en el abdomen (histerectomía abdominal) o en la vagina (histerectomía vaginal.) A veces se usa un instrumento llamado laparoscopio para ayudar a ver el interior del abdomen. El tipo de cirugía que se realice depende de la razón de la cirugía. Las histerectomías abdominales son más comunes que las histerectomías vaginales y normalmente requieren de un tiempo de recuperación más largo.

Las histerectomías se realizan más comúnmente por las siguientes razones (en Centro Nacional de información sobre la Mujer, 2003):

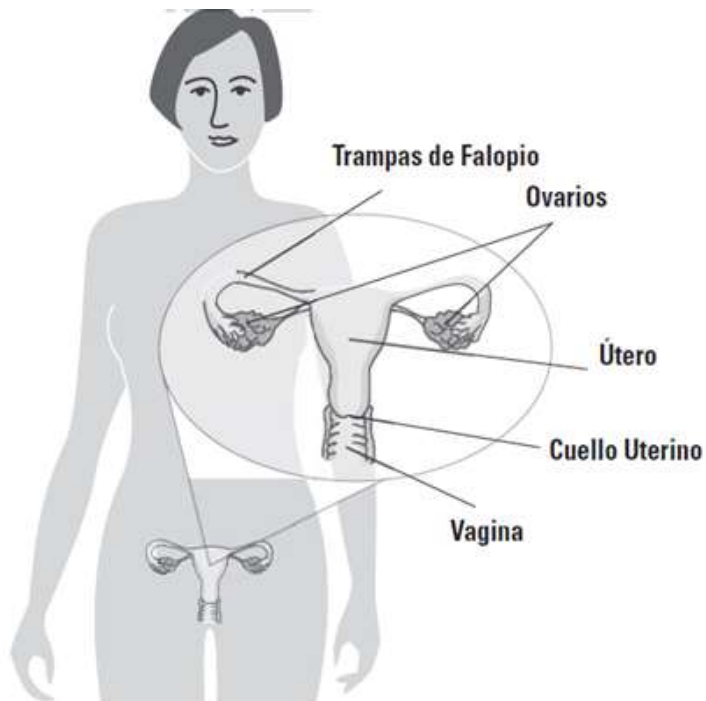


Imagen 1. La imagen muestra a la matriz y sus partes. Tomado del Centro Nacional de información sobre la Mujer (2003) "Histerectomía" Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., La Oficina para la Salud de las Mujeres en <http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/histerectomia.pdf> 11<7 juní/2014

❏ **Fibromas uterinos.** Los fibromas son tumores comunes benignos (no cancerosos) que crecen en el músculo del útero. El mayor número de histerectomías se realiza a causa de la aparición de fibromas que por cualquier otro problema del útero. A menudo, los fibromas no causan síntomas y no requieren tratamiento y normalmente se encogen después de la menopausia. Pero, en ocasiones los fibromas causan

fuerte sangrado o dolor.

Existen alternativas a la histerectomía para tratar los fibromas, lo que puede ser especialmente importante para las mujeres jóvenes que esperan tener hijos. A veces los fibromas se tratan con medicina u otros tipos de tratamiento planeados para encoger dichos tumores. Sin embargo, esto es solamente temporal—cuando se suspende la medicina, los fibromas volverán a crecer. Un tipo de cirugía para extraer únicamente los fibromas sin extraer el útero se llama miomectomía. Un procedimiento relativamente nuevo para encoger los fibromas se llama embolización de la arteria uterina. Este procedimiento consiste en colocar pequeñas partículas de plástico en los vasos sanguíneos que alimentan a los fibromas.

- Endometriosis. Esta es otra condición benigna que afecta al útero. La endometriosis es la segunda razón principal para la realización de histerectomías. Es más común en mujeres mayores de treinta y menores de cincuenta años de edad, especialmente en mujeres que nunca se han embarazado. La endometriosis ocurre cuando el tejido endometrial (el revestimiento interior del útero) comienza a crecer fuera del útero y sobre órganos adyacentes. Esta condición puede causar períodos menstruales dolorosos, sangrado vaginal anormal y algunas veces pérdida de la fertilidad (capacidad de embarazarse.) Normalmente, la endometriosis no es un problema para las mujeres que ya han pasado por la menopausia.

Las mujeres con endometriosis muchas veces reciben tratamiento con hormonas y medicinas que reducen su producción de estrógeno.

Pueden realizarse una cirugía para extraer los parches de tejido endometrial que causan los síntomas, usando un laparoscopio o por medio de un corte más amplio en el abdomen (laparotomía.) Como regla general una histerectomía no se realiza a menos que haya fallado algún otro tratamiento.

- Prolapso del útero. Esta es una condición benigna en la cual el útero se desplaza de su lugar normal hacia la vagina. El prolapso del útero es causado por el debilitamiento y ensanchamiento de los ligamentos y tejidos pélvicos. También pueden afectarse otros órganos como la vejiga. El alumbramiento, la

obesidad y la pérdida de estrógeno después de la menopausia pueden contribuir a la aparición de este problema. El prolapso del útero representa cerca del 16 por ciento de las histerectomías realizadas.

El tratamiento puede incluir terapia de estrógeno, ejercicios para fortalecer los músculos del piso de la pelvis y mente. Se podría recibir más información y buscar otras alternativas, o el uso de un *pesario*, que es un anillo de plástico insertado por la vagina para ayudar a sostener el útero en su lugar. En casos más graves, la cirugía puede restaurar los órganos hundidos a su ubicación normal y reparar los tejidos de apoyo. En ocasiones puede realizarse la histerectomía si el prolapso está causando problemas graves.

Los tipos de cáncer que afectan a los órganos de la pelvis representan cerca del diez por ciento de todas las histerectomías realizadas. El cáncer endometrial (cáncer del revestimiento del útero), el sarcoma uterino, el cáncer cervical (cáncer del cuello del útero) y el cáncer histerectomía. También pueden usarse otras clases de tratamiento como la radiación o terapia con hormonas dependiendo del tipo y extensión del cáncer.

Otras razones por las cuales se realizan las histerectomías incluyen dolor pélvico crónico, abundante sangrado durante o entre los períodos y la enfermedad pélvica inflamatoria crónica.

3.5 Mutilación

Una cirugía, puede implicar que modifican de forma importante su relación con el cuerpo, con el otro y con la sexualidad, las cirugías cortan, extraen, modifican el organismo dejando en las cicatrices las marcas de lo perdido.

El enfermar tiene una significación subjetiva que está cargada de representaciones simbólicas que no necesariamente concuerdan con su funcionalidad en el organismo. La enfermedad no puede existir separada del

sujeto enfermo, y el padecimiento de éste no se delimita a la alteración física del organismo. No todo es explicable con la lógica del organismo; hay un sufrimiento que sobrepasa la expresión del dolor físico, que el sujeto formula una protesta frente a procedimientos que la ciencia considera idóneos, o que no hay una respuesta del cuerpo

En este sentido, las partes del cuerpo que han sido vinculadas –social o subjetivamente- con la feminidad, la maternidad y la sexualidad se inscriben psíquicamente como representantes del ser madre, mujer, amada, deseada. Por su parte, la enfermedad y los tratamientos producen pérdidas significativas en estas dimensiones (Díaz y Lince, 2010: *web*).

Al respecto se escuchan expresiones como: *Para mí fue peor perder el seno que haber perdido un brazo o una pierna*. O: *“Yo siento que estoy engañando a la gente pues todos aún me creen mujer cuando, después de la histerectomía, en realidad ya no lo soy”* (en Díaz y Lince, 2010: *web*)

Muchas veces, las mujeres suelen darle más valor a la representación psíquica y social de la parte perdida que a su funcionalidad. Esto se explica por la diferencia hecha entre el cuerpo y el organismo en la cual, como se afirmó anteriormente, la construcción del cuerpo se va dando por las marcas particulares que vienen del otro.

De esta forma, la relación con el cuerpo se construye, originalmente, a partir del vínculo con el otro. De la misma forma, las nuevas representaciones que una mujer establezca con su cuerpo a partir de la cirugía inciden de forma importante en dicho vínculo.

En consecuencia, hay un cambio en la forma en cómo las pacientes se sienten en la mirada, propia y del otro, la confirmación constante de la pérdida generada por la enfermedad o por los tratamientos.

En el reconocimiento que cada una da a su cuerpo está la evidencia de que algo ha cambiado; y la representación que tiene inscrita de su cuerpo no coincide

con la imagen que aparece en el espejo, y se vive como desconocida, invasora. Y si en su propia mirada está el reconocimiento de la pérdida, la del otro se siente como un señalamiento que ratifica su falta. Aunque con frecuencia aquello que ha sido modificado por la enfermedad no se percibe a simple vista, algunas pacientes sienten que los otros las observan con sorpresa, con una fascinación que les impide alejar la vista de aquel cuerpo mutilado.

La mirada del otro impulsa el imaginario de la paciente, quien allí descubre la burla, el espanto. Si bien hay situaciones donde objetivamente el otro invade al observarlas, podría conjeturarse que con frecuencia lo que sucede es que en la mirada del otro se proyecta el reflejo de la propia evaluación, aquella que se horroriza por lo que ya no se es y que no soporta el rechazo que produce de sí misma.

Al perder una parte del cuerpo o la representación que de ella se tenía; se pierde el ideal de futuro al sufrir una enfermedad que psíquicamente remite a la muerte; se pierde la lógica del vínculo con el otro por las transformaciones que la enfermedad y los tratamientos imponen a la relación. Las pérdidas de todo aquello que se ama, o a lo cual se está ligado afectivamente, mueven el psiquismo a un trabajo de elaboración del duelo que conduce a la asunción de la vida sin lo perdido (Díaz, 2010).

Esta pérdida, se afrontará de acuerdo a lo que cada persona haya vivido y los significantes subjetivo y social que haya construido y la psicología sería fundamental indagar en este proceso para poder minimizar el daño y reestablecer los vínculos subjetivos que se han destruido con la ruptura del cuerpo. En esta investigación se indagará en la manera en que una mujer significa su cirugía quirúrgica y los efectos que simbolizan su imagen en lo social y lo subjetivo.

Estas pérdidas pueden generar procesos afectivos de elaboración del duelo que conducen a la construcción de una nueva imagen corporal y al reencuentro con el otro. Sin embargo, la mujer puede responder a su enfermedad

deteniéndose en el dolor por lo perdido y anclándose en un anhelo que le impide la reconstrucción del cuerpo y la resignificación de la vida.

4. EL DIAGNÓSTICO

Se realizaron 4 entrevistas a profundidad, a mujeres que fueron sometidas a una cirugía ginecológica, de edades de entre 23 a 46 años, con los siguientes datos generales.

PACIENTE	EDAD	EDO. CIVIL	HIJOS	DIAGNÓSTICO	CIRUGÍA
P1	38 años	Casada	--	Miomatosis +mioma abortado	Histerectomía
P2	46 años	Divorciada	1	Miomatosis Uterino	Histerectomía
P3	23 años	Soltera	--	Tumor anexial término terminal el león y reaparición serosa+adherensiolisis.	Post-lape Laparotomía
P4	46 años	Casada	3	Miomatosis	Histerectomía

Tabla 1. Muestra los datos generales, diagnóstico y cirugía hecha a las pacientes entrevistadas. (Elaboración propia)

Elas nombraron su padecimiento:

P1. Mi diagnóstico es un mioma, un mioma abortado, un mioma más una miomatosis.

P2. Yo tengo miomatosis uterino y fue por eso que me operaron.

P3. Mi diagnóstico es un tumor de 30cm sobre el ovario... izquierdo y... endometriosis en el ovario izquierdo. Mi ovario izquierdo ya estaba expulsando sangre, entonces lo tuvieron que cortar y tenía un tumor bastante grandecito casi pegado al útero, pero mi útero no sufrió, me lo retiraron totalmente (el ovario izquierdo) y bueno posteriormente tuve una reacción alérgica. Después de ya salir de la cirugía... mmm sufrí dos ataques anafilácticos, y me regresaron al quirófano y me vio otro doctor y tenía adherencias en los

intestinos, ya estaba muy presionado y se me rompió, entonces me lo tuvieron que poner a la mitad ¡y ya!

P4. Me retiraron la matriz y por... también por miomas.

A través de la entrevista, las pacientes hablaron del sentido de su cuerpo al haber sido sometidas a una cirugía ginecológica, así como sus implicaciones médicas, sociales y psíquicas.

P1: La paciente 1, de 38 años, es casada y sin hijos. Fue intervenida por Miomatosis uterina + mioma abortado y se le realizó una histerectomía. Ella ingresó por urgencias al hospital, después de aproximadamente dos años de tratamiento hormonal y anemia, que padeció por sus síntomas, principalmente sangrados constantes y abundantes. Ella lo describe como un “martidio” y un proceso de sufrimiento, que pasó con el apoyo de su esposo. Ella vivió su pérdida de la matriz, como una consecuencia necesaria para su “sanación” de su cuerpo, a pesar de renunciar a la posibilidad de ser madre, ella culpa al servicio de salud público por no haberle proporcionado un tratamiento para procrear cuando lo solicitó, sin embargo podría adoptar si sus condiciones económicas se lo permiten. No había tenido una cirugía anterior.

P2: La paciente 2, de 46 años, divorciada, tiene un hijo. Fue intervenida con el diagnóstico de “Miomatosis Uterino” y se le practicó una histerectomía, ella fue diagnosticada por una ginecóloga particular hace 7 años aproximadamente, sabía que su único tratamiento era la cirugía, pero esperó a encontrar una institución pública para poder cubrir los gastos hospitalarios. Ella tenía quistes, y menciona “no esperaba” que le retiraran TODO, pero por la explicación del médico se sintió mejor y aliviada, aunque sabía que tendría cambios en el desarrollo de su cuerpo. Con la cirugía ella se remitió a pérdidas anteriores como sus dos matrimonios fallidos o a la “ilusión” de tener otro hijo, ya que relaciona la cirugía con una cesaría, de acuerdo a su discurso se corta y se quita “algo”, en este caso fue una

alternativa para no sufrir los síntomas que la molestaban y hacían que se encerrara en su casa. Menciona que esta cirugía es un proceso físico, que implica cuidados en alimentación, medicamento y que mentalmente no fue afectada su subjetividad como mujer por lo que no se siente “cortada” ni le afecta la estética.

P3: la paciente 3, de 23 años, es soltera y no tiene hijos. Ella fue intervenida por un tumor anexial término terminal en neón y reapareció serosa+adherencias, se le hizo una Laparotomía en ese proceso se le retiró su ovario izquierdo, sin embargo después tuvo complicaciones diversas post-cirugía. Además ella revivió experiencias anteriores en el quirófano, producto de una accidente automovilístico que provocó la muerte de su madre, al haber sido una “sobreviviente” ella significa las experiencias hospitalarias como oportunidades de vida, sin embargo menciona que “le pesa” estar llena de cicatrices y que es difícil poder procrear por su estado de salud, además que con esta cirugía se le adelanta la menopausia. Sin embargo debido a su historia de enfermedad que ha superado, la ha significado como algo ajeno y externo que invade su cuerpo, con lo que ella no puede hacer nada, es decir no lo puede evitar por lo que después de haber pasado por sufrimiento, dolor y pérdidas ahora lo acepta y lo hace parte de su persona, normalizando las cicatrices y proceso médicos para sobrellevar la situación para no morir y seguir adelante. Por otro lado manifiesta sentimientos de tristeza por la pérdida de su intestino y ovario, ella sufre por su estética que se altera su imagen con las cicatrices (antiguas y nuevas), además del morbo de otras pacientes que ocasionan, sobre todo la de la nariz que está expuesta y deja huella de su enfermedad.

P4: La paciente 4, de 48 años, es casada y tiene 3 hijos. Su diagnóstico fue Miomatosis y tuvo una histerectomía. Ella había sido sometida a otra cirugía ginecológica, donde le retiraron un ovario por quistes, además de tres cesáreas y se le había practicado la salpingoclasia. Por su historia en el quirófano, ella normaliza las cirugías como un proceso normal para la sanación de su cuerpo. Ella contrasta la histerectomía con el parto, por el proceso que implica de abrir y el dolor, lo diferencia por que el producto que en su momento fueron sus hijos y

ahora un tumor, que es algo extraño que invade su cuerpo, menciona el temor al cáncer y a la muerte. Habla de sus cicatrices expresando que no le afectan, porque nunca se ha preocupado por su aspecto porque se siente bien con ella misma, lo único que lamenta es la falta de apoyo y sensibilidad de su enfermedad de su esposo.

Cada una de ellas lo vivió de manera diferente, debido a que sus condiciones son particulares, además de que no comparten condiciones de vida, familia ni lugar de residencia.

5. EL SENTIDO DEL CUERPO

Se analizó cómo las mujeres significan su cuerpo después de haber sido sometidas a una cirugía ginecológica, recuperando el sentido que le dan a su padecimiento e implicaciones que desencadenó ésta. Se tomó en cuenta cómo asimilaron su diagnóstico a través de la historización de la enfermedad, partiendo de cómo lo describe el discurso médico para conocer cómo inscriben subjetivamente el significado el órgano y/o partes del cuerpo afectadas en el proceso quirúrgico y su representación simbólica.

Continuamente a enfermedad ha sido dominada por el discurso médico, éste obedece a cómo se interpreta científicamente lo que ocurre con el enfermo. Se constituye un saber racional que guía ese ejercicio.

En la medicina moderna lo terapéutico se confunde con lo estrictamente curativo, en el sentido de recuperar la salud perdida.

La clínica psicoanalítica no es una clínica de la mirada sino de la escucha y la lectura montada sobre ella.

Para las ciencias, la predicción es posible, porque ella se basa en una ley, es decir una explicación objetiva y generalizada de la conexión estable entre causas y efectos. Sin embargo, de acuerdo al Psicoanálisis, la evaluación es esencialmente subjetiva y depende del discurso del paciente y de la escucha del analista.

De acuerdo a lo anterior, se retoman el Psicoanálisis para construir una propuesta alternativa de pensar el cuerpo y lo proponer una construcción desde la historia particular de un sujeto.

5.1 Historización de la enfermedad

Las pacientes significan su padecimiento, de acuerdo a la información transmitida del discurso médico y su construcción personal de su padecimiento.

P1. Era un tumor grande que había bajado hasta parte de mi matriz a mi vagina, y entonces tuvieron que cortar y a la hora que tuvieron que cortar yo creo salía líquido y este...se subió a la parte de mi abdomen el líquido.

P2. Yo tenía unos quistes, pero ya al abrir se dieron cuenta de que toda la matriz se estaba desangrando, bueno y pues ya no la pudieron salvar.

La historización de su enfermedad es propio dependiendo de su historia clínica y cómo significa desde lo individual y social.

P3: No es mi primera cirugía, la ginecológica sí, pero he tenido he pasado unos duros momentos desde el principio.

Yo tuve un accidente automovilístico a los 11 años, que fue donde mi mamá murió. Me rompí la pierna, me rompí el hombro izquierdo, fémur y el ¿cómo se llama? Se me distendió la vejiga, y de la vejiga tengo todas las demás cirugías que han sido dos de adherencias y dos de ahorita, también por adherencias y tumores en los ovarios.

La primera vez estuve como dos meses, casi tres meses en el hospital, cuando estaba chiquita estuve en terapia intensiva, la segunda ya llegué a urgencias y ya me operaron y me curaron y todo. Y ya la segunda, bueno fue la otra operación que fue cuando me abrieron la segunda vez, fue al poco tiempo, como dos semanas después que me dejó en terapia intensiva y después fue esta.

P4. Yo anteriormente ya había llevado otra cirugía. Tuve a mis tres hijos por cesaría y ya luego fue la del ovario (cirugía), me quitaron... me extirparon el ovario, el quiste y ahorita ésta, entonces serían cinco, ya cinco cirugías.

Retomando el discurso de las pacientes, puedo afirmar que las que han vivido una cirugía anterior, de cualquier tipo, tienen un mejor manejo de la situación que las que es su primera cirugía. De la misma manera, las que tuvieron una cesárea la comparan con un parto, debido a que es el órgano directamente encargado de la función de la maternidad que significa “vida” y mencionan que la cirugía fue un acto de “salvación” de ésta. Entonces, se diría que se cruzaron sentimientos ambivalentes de la pulsión de vida/muerte, que pudieron causar conflicto en la subjetividad de las pacientes.

P2. Es una cirugía que es muy parecida a una... a un parto por cesaría, y entonces digo... fue cualquier cosa en ese sentido, o sea se sacó algo de adentro y cuando te hacen la cesaría te sacan al niño y ahorita sacaron otras cosas, cortan también y la herida es igual.

P3. Es más fácil y... mejor, porque ya sabes que es algo que te tenías que hacer, y cómo lo debes... la manera en que mejor lo puedes llevar. Y para mí ya es no desesperarme, ni maldecir, ya es lo más tranquila que se pueda.

P4. Yo ya estoy acostumbrada a las cirugías... ahorita la cirugía la tomo como algo normal.

Las pacientes le dieron sentido a la cirugía de acuerdo a la construcción de su enfermedad y a la historia de la enfermedad, síntomas y en el quirófano, las heridas y el sufrimiento que vivieron.

5.2 El significado del síntoma

El síntoma es lo que el paciente dice, de esta forma pone en manifiesto simbólico y de manera imaginaria los modos en la que estructura las relaciones del sujetos con ese otro orden de la verdad (Hernández y Lozano, 2012).

Un padecimiento orgánico se manifiesta en el cuerpo a través del síntoma, éstos se registran en el plano real, donde se presentan a través del cuerpo físico. En este caso, el padecimiento ginecológico tiene síntomas característicos y las pacientes lo describen de acuerdo a cómo lo vivieron y al impacto que significó.

Advertimos una singular articulación entre la enfermedad del cuerpo y la significación que adquiere para alguien. No existe un diccionario de significantes, sin embargo eventualmente éstos surgen. El síntoma, como formación sustitutiva, significa y es así mismo una significación. El síntoma produce una incógnita intolerable para el yo y lo obliga a instalar una teoría causal.

Los síntomas antes de la cirugía, mencionados por las pacientes fueron sangrados constantes y abundantes que tuvieron como consecuencia de su padecimiento, además el dolor abdominal intenso y anemia que provocaba debilidad generalizada.

Las pacientes entrevistadas vinculan sus síntomas como causa de la cirugía más que como consecuencia del padecimiento ginecológico. Es decir debido a los sangrados, dolores y anemia los colocan como agentes extraños que irrumpen en su cuerpo causando molestias e inconvenientes en su vida anímica, personal, laboral y social, por lo que recurren al tratamiento, que en este caso fue la cirugía.

P1. Yo empecé hace como dos años, se me vino una hemorragia fuertísima. Fue en la mañana y este... sufrí dos desmayos y fui a para a urgencias.

Sentía dolor, pero se me empezó mucho a inflamar mi vientre y se ponía duro pero durísimo (toca su vientre con sus manos) y mi esposo me dijo que ya nos fuéramos al hospital...Mis plaquetas estaban altas, mi infección seguía...

P2. Comencé... con sangrados constantes, este mis periodos menstruales normales cada 28 días, pero se empezó a incrementar la cantidad de sangre.

Yo ya estaba anémica por todos los sangrados que tenía. Porque ya tenía 8.4 de hemoglobina -entonces si necesitaba cirugía.

P3. Me di cuenta de que había algo raro en la parte baja de mi vientre.

Mmm mi ovario izquierdo ya estaba expulsando sangre, entonces lo tuvieron que cortar y tenía un tumor bastante grandecito casi pegado al útero, pero mi útero no sufrió, me lo retiraron totalmente (el ovario izquierdo)

P4. Fue como hace dos años que empecé otra vez con los sangrados, sangrados abundantes y sangrados y sangrados y pus ¿por qué, no? Y ya volví a asistir al médico.

Me decidí, porque ya eran muchos sangrados abundantes, día y noche, o sea se quitaban un ratito y al otro día otra vez; otro ratito y otra vez... Entonces todo ese tiempo estuve sangrando de agosto para acá, y por eso fue de que termine en esto de la cirugía.

Cuando aparece una enfermedad, o un síntoma, nos preguntamos ¿Por qué? Surge una respuesta mítica, inevitable por la estructura del mundo humano. Esto afirma Freud en "Tótem y Tabú" (1913-4 en obras completas). El aparato psíquico freudiano, en lo que concierne a lo primario, a lo inconsciente. La respuesta mítica, mágica y animista trae una pizca de verdad.

Éstos síntomas, hicieron que las pacientes se hicieran conscientes de parte de su cuerpo, que lo conocieran, Freud (1923:2709) menciona "la forma en que adquirimos un nuevo conocimiento de nuestros órganos es cuando padecemos una dolorosa enfermedad constituye quizá el prototipo de aquella en la que llegamos a la representación de nuestro propio cuerpo".

Las explicaciones de los problemas de salud centradas en el paciente, son importantes, debido a que precisan si las pacientes reconocen con la responsabilidad de su salud o ven el origen y cura de las enfermedades como algo más allá de su control.

Además, estos síntomas representaron un evento desencadenante de una ruptura en el cuerpo y en su vida cotidiana, ya que debido a ellos su ritmo de vida se alteró.

Las pacientes mencionan que se aislaron debido a que los sangrados eran constantes e incómodos. Asimismo les producía debilidad, por lo que perdieron las ganas de salir y, al mismo tiempo les afectó su estado de ánimo.

P1. No me lastimaba... me hacía sentir incómoda, porque si yo iba al baño en casa de mi suegra yo:: llevaba mis propias bolsas para meter mi basura, mis toallas, mi papel y lo amarraba bien, porque yo si sentía que olían...

Por lo sangrados ya no::: yo prácticamente ya no salía a la calle, ya nada más a mi trabajo y si era mucho sangrado el que yo tenía pedía permiso.

Yo me estaba amargando ya no quería salir de mi casa, yo no me sentía a gusto porque yo sentía que me bajaba y me sentía como sucia y poco a poco como que me fui enclaustrando en mi propia casa, yo ya no quería salir...

P2. ¿El sangrado por ejemplo? si me afectó en el hecho que los días de sangrado era de estar tirada en la cama

Esto se me presenta esto más fuerte y... me empiezo sentir más débil.

Mi ánimo bajó muchísimo para hacer más cosas, entonces llegaba yo a casa y era a dormir y los días de menstruación era de acostarme y casi casi usar pañales (más bajo) porque era demasiado el sangrado, entonces eso me debilitada muchísimo por eso, a veces era casi una semana completa.

P4. Y si afecta por completo la vida de nosotras, porque a pesar de que trabaja uno, hay que hacerse la fuerte y todo, era muy molesto con el sangrado y con el malestar, me sentía yo... se siente uno mal.

De esta forma, de acuerdo al discurso de las pacientes, ellas vinculan sus síntomas a un estado de tristeza y a los inconvenientes que causan a su vida

“normal”. La sangre es incapacitante y recluye, esto podría remitirse a antiguos tabús, en cuanto a la mujer, la menstruación y la representación que le daba la religión y la sociedad, a las mujeres “manchadas”. Además del hecho del ocultar su situación por vergüenza a los comentarios del otro.

5.3 Sentido del cuerpo

Las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo actual de la sociedad. Éstas sirven para designar las partes que lo componen y las funciones que cumplen, hacen explícitas sus relaciones, penetran en el interior invisible del cuerpo para depositar allí imágenes precisas que le otorgan una posición en el cosmos y en la ecología de la comunidad humana. Éste saber aplicado al cuerpo es, en primer lugar, cultural, esto le permite otorgarle sentido al espesor de su carne, saber de qué está hecho, vincular sus enfermedades o sufrimientos con causas precisas, y según su visión del mundo le permite conocer su posición frente a la naturaleza y el resto de las personas. Entonces el cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo (Hernández, 2008).

El cuerpo, en muchas veces, tiene un lugar olvidado. Culturalmente y socialmente, en especial en los estratos y medios socioeconómicos de menores recursos, el cuerpo no tiene un lugar digno y cuidado: se constituye tan sólo en un espacio para el trabajo, la maternidad y los padecimientos físicos, siendo fundamentalmente el lugar de inscripción de la enfermedad, del dolor del sufrimiento, del castigo corporal y con todo ello en causa de la constitución de un cuerpo-dolor, de la carencia, un cuerpo que es un claro reflejo de la miseria económica (Baz, 1999).

La enfermedad, en este caso ginecológica, remite a las mujeres a un estado de perturbación y ruptura ya que ésta introduce a ciertas dimensiones que imponen no sólo sentimientos ambivalentes y paradójicos en relación con el

cuerpo y por ende con la propia vida, sino una experiencia con ingredientes de peligro y extrañeza (Mier en Baz, 1999).

Se puede decir que el enfermar es un modo particular de búsqueda de estabilidad. Un intento expresivo, una paradójica curación.

P4. Hablando de cáncer, uno piensa luego luego que uno no vaya a morir luego si ya no está a tiempo de atenderse

Al romper el estado de bienestar, la enfermedad irrumpe como una presencia autónoma y amenazante, en el cual el dolor escapa al dominio, que se experimenta como una sensación indeseable e incontrolable y se percibe como una presencia rebelde y ajena. De este modo, el dolor promueve la percepción del yo-corporal al tiempo de representar un poderío de una fuerza desconocida.

Debido a los imaginarios sociales construidos, de fuerte contenido religioso o místico, el padecimiento, el dolor, se convierten de en alguna manera en un gozo, que parece que es el único permitido.

P1. Ya pasó mi proceso largo de dolor y ahora creo que viene mi proceso de sanación total ¿no? de que cierre mi herida y que mi herida vuelva a ser... la de antes

P3. Ya no quiero experimentar el dolor, ni la sorpresa de que venías a una cosa y te encuentras en terapia intensiva porque te pasó otra.

P4. Empecé tener problemas de dolor y los sangrados. Pensé ¿quién sabe qué tenga?

A lo mejor por lo de mis cirugías anteriores ahora sí estuvo trabajosa y más dolorosa, pero ahora sí que era también necesario también hacerlo.

Lo que no quisiera es si no sentir los dolores, eso sí.

Cada mujer tiene un patrón particular de reacción ante la patología dependiendo de su ser, intereses profesionales, relaciones íntimas, la imagen que tenga de sí misma, de la feminidad y su futuro.

5.4 Significado de la cirugía

La cirugía, es un evento traumático inevitable y paradójico, ya que para curar a un sujeto o mejorar su salud se le somete a una situación cruenta, correspondiendo al concepto de “trauma necesario”. Por un lado repara y cura, por otro arremete, invade y causa dolor. Lo que lleva a un estado donde está presente sentimientos ambivalentes vida/muerte (Fernández, 2009).

P1. Me sentí muchísimo más aliviada y más feliz porque::: como que dejas de vivir tu vida normal

Yo siento que ahorita todo mi cuerpo ha descansado demasiado, o sea si siento la dolencia en mi cuerpo de todo lo que pasé::: si tuve mi martidio.

Si hubo un gran cambio (con la cirugía), porque yo ya no sangro y eso era algo que me lastimaba

El que me hayan lastimado y el que me hayan abierto... pues no nada, o sea si ahorita tengo suturaciones y... pero pues no, yo no me siento así como que dijeras “mal” no.

P2. Como estaba ya ahí el diagnóstico, ya era un hecho, entonces la finalidad... realmente yo sí buscaba que me dijeran “Se te va a operar”. Porque sé que la necesitaba, nada más por eso. Sí, no:::, no me impresioné, al contrario me dio gusto ¡por fin! encontrar un médico que dijera que por estos síntomas si requiere cirugía y va para adentro.

Atacamos algo a tiempo, pues bueno ahora a lo que sigue.

No me lo esperaba que me lo quitaran todo, pero con ese diagnóstico, con esa explicación del médico... la verdad me siento tranquila

P3. Si no hubiera sido por este tumor, no se hubieran dado cuenta de mis adherencias en el intestino y yo “ya no llego al año” porque ya estaba muy lesionado y pues, por algo pasan las cosas.

P4. Como que dije... pues ni modo me van a tener que operar, que quitármelo, pus ni modo que me quede con él allá adentro.

Se puede decir, que con los síntomas experimentados por las pacientes, el órgano o partes del cuerpo vinculadas con su función “normal” no coincide, entonces se vive un quiebre que debe repararse por lo que se hace la decisión de la cirugía, para tratar de reparar el daño y con la ilusión de alcanzar a un estado de salud y estabilidad con su cuerpo.

Cada año un gran número de mujeres en el mundo se ve enfrentada a la extracción del útero, siendo la histerectomía (HT) una de las cirugías más frecuente después de la cesárea. La patología benigna del útero es la principal causa de la HT, y en la mayoría de los casos es una cirugía programada.

La mujer histerectomizada se supone no sólo para ella misma y para la sociedad, se ha dicho que es “una mujer vacía” ya que se ha considerado al aparato genital la residencia de su identidad sexual y de su feminidad.

P1. Esas píldoras que me dieron para controlar el sangrado eran prácticamente para no tener hijos.

P2. Me quitaron todo, (Ay si, ríe) si llegamos a esa parte me retiraron todo, fue lo que me dijo el doctor, lo que fue útero y ovarios.

Sí, me siento bien que se quitó algo que... que como dicen “la matriz si no sirve para darte hijos, sirve para darte cáncer”

Es una cirugía que es muy parecida a una... a un parto por cesaría, y entonces digo... fue cualquier cosa en ese sentido, o sea se sacó algo de adentro y cuando te hacen la cesaría te sacan al niño y ahorita sacaron otras cosas.

P3. Al principio perder mi ovario izquierdo si me dolió, pero me queda el otro, pero el otro también presenta endometriosis o sea que tengo que estar en tratamiento más de un año para dejar de menstruar y así evitar que al otro le pase lo mismo que al izquierdo y tengo que ser bastante cuidadosa.

Mi útero no sufrió

P4. Ya tuve a mis tres hijos, pues ya ahorita mejor que me operen para estar mejor. De todas maneras hijos, pues ya no, ya tengo a mis tres hijos y están grandes y están bien.

Si es como todas las cirugías... dolorosas y todo, y yo espero que de una manera no me vaya a afectar después porque uno cree que las hormonas, que no sé qué...pero pues ni modo, ya tendrá uno que buscar la forma de que sea llevadero todo esto, de todo esto uno tiene que salir, no seré ni la primera ni la única mujer, o que no se puede...

Creo que fue igual, o creo que fue más que una cesaríá.

Otras mujeres que dicen "es que ya luego que no sé qué" que cambia la vida de uno ¿no?, que a veces hasta en el deseo sexual que no sé qué que no sé cuándo y pues dije "¿quién sabe? Cada quien, hasta que uno ya lo está viviendo ya sabe uno lo que le va a pasar.

Lo interno y lo externo van indisolublemente unidos, de la misma forma que lo físico y lo psíquico no son dos entidades separadas. De esta forma, aunque está demostrado que el mayor impacto psíquico se produce ante la necesidad de someterse a una mastectomía (por lo que supone a efectos de autoimagen) sin embargo, la extirpación del elemento interno también representa un fuerte golpe a la autoimagen, autoestima y autovaloración de la mujer como tal. Si ésta no dice abiertamente que está histerectomizada nadie lo sabe, no es algo externo, evidente ni deformante (Fernández, 2009).

P1. Mi amiga fue la que me habló, pero fue hasta que yo le platicué mi problema, porque llega un momento en el que te da pena estar platicando tu vida...

P3. La gente luego esta de “¿qué te pasó? Y ¿cómo te lo hiciste?” y yo digo como... ¿qué te importa? Es como de... no me voy a poner a explicar todo el proceso porque me da flojera y entonces es así.

Es molesto que... bueno no toda, es de mal gusto que te pregunten ¿qué es eso? Así como que se me hace de mala educación, o sea si ni me conoces ¿por qué me estás preguntando? ¿No? es obvio que si una persona que te conoce te pregunte ¿qué te pasó? Y pues ya le cuentas, pero hay gente muy curiosa, y es así como de “lo tengo y ya”.

P4. Para no sentir feo de que “ay ya me la quitaron, ya voy a ser más mujer o menos mujer” pero qué sé yo, pues ya... total ya tuve hijos y pues ya.

Otras mujeres dicen “es que ya luego que no sé qué” que cambia la vida de uno ¿no?, que a veces hasta en el deseo sexual que no sé qué que no sé cuándo y pues dije “¿quién sabe? Pero no, yo no lo oí así con algunas compañeras amigas o luego hasta los hombres también son ingratos, les afecta mucho que le falte a uno un seno, que bueno también hay mujeres que son tan así “afectas” de que no les quiten el seno porque se deprimen, se caen, o sea... si yo tuviera a tener un cáncer, conque me lo quiten pues que me quiten el seno con tal de que no me muera, con que esté yo bien, a mí la estética no me, no me afecta mucho pues.

Me siento bien. No me siento así que “ahh me quitaron...!” no, lo que no quisiera es si no sentir los dolores, eso sí, pero de ahí en fuera estoy tranquila.

Pero ella sabe, siente, vive una carencia, un vacío que le hace replantearse cuestiones y que hace que surjan fantasmas más o menos basados en lo real, pero no por ello menos atemorizantes. El Informe Salud y Género 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2006) hace hincapié en cómo actos quirúrgicos como la histerectomía o la mastectomía exigen una redefinición de la feminidad cuando ésta ha estado apoyada y simbolizada sólo en las posibilidades reproductivas, proceso que aparece como fuente de vulnerabilidad.

5.5 Significante del tumor/quiste

El sentido, en la paciente va a ser muy variable pues el útero, está investido de representaciones simbólicas: como órgano que transmite vida, como órgano reproductor que proporciona a las mujeres la posibilidad de tener hijos, como diferenciador del varón, como núcleo de su identidad como mujer, como centro de su placer sexual, etc. (Fernández, 2009). Las pacientes entrevistadas, estar al tanto de su diagnóstico médico por el cual fueron sometidas a cirugía, pero los significantes que le dan a su órgano lo señalan como un “algo” desconocido, extraño y amenazante en contra de la salud y su propia vida.

P1. Era un tumor grande que había bajado hasta parte de mi matriz a mi vagina↓, y entonces tuvieron que cortar.

Que me hayan quitado esta “cosa” de aquí y que por culpa de ese mioma hayan extraído parte de mí, la verdad no...

P2. Yo tenía unos quistes.

En los ultrasonidos aparecía “algo”, un puntito por ahí que era el... mioma

P3. Y tenía un tumor bastante grandecito casi pegado al útero, pero mi útero no sufrió

P4. Me exploré, y sentí que tenía algo extraño en mi cuerpo, o sea algo que no era “normal”, y ya cuando fue que me operaron la primera vez, me quitaron un quiste que había invadido todo mi ovario, y me lo quitaron, eso tendrá unos seis años.

Me dijeron que tenía otra vez... que otra vez empezaban las miomas y tenía el útero muy enrosado, muy oscuro, muy grande...

La operación implica consciente o inconscientemente una amenaza a la propia vida.

La idea que se le mete a uno, si hay un quiste no vaya hacer malo, si lo de la matriz no vaya a ser malo.

Las pacientes desconocen el agente que invadió su cuerpo y lo señalan con un “algo”, extraño, invasivo y amenazante para su cuerpo y la propia vida.

5.6 Significado de las cicatrices en la imagen de las pacientes

Como secuela de la cirugía permanece una cicatriz que deja una huella de la enfermedad, que las pacientes significan a partir de una consecuencia “necesaria” para preservar la vida. De esta forma la cicatriz llega a formar parte de su cuerpo y su subjetividad, ya que son entidades indivisibles que van cargadas de significantes que remiten a la maternidad, una sensación de “hueco” o “vacío” o resignación ante el pronóstico o a la un duelo ante el órgano que se ha perdido. La pérdida de la entereza corporal trae consecuencias para su cuerpo, reduciéndolo a la función social y la maternidad.

P1. Me siento... pues bien, “completa”.

P2. La herida fue grande pero fue sobre la cesaría que tuve de mi hijo, y yo si... yo pues “me la hicieron así... vertical” (señala su estómago) y lo que hicieron ahorita... fue que sobre de esa misma herida volvieron a abrir un poco más (0,3), pero lo demás sigue igual.

P2. Ya he pasado tantas cosas, que la verdad ya no siento que ya no me afecta, no me siento ni cortada ni nada, es algo que tenía que hacerse y punto, y ¡qué bueno! que se hizo, me siento contenta hasta un cierto punto con eso.

P3. El hecho de que me hayan tenido que abrir... todo lo que me tuvieron que abrir si me dio molestias, si la verdad estoy llenas de cicatrices y si es que eso realmente... me pesa.

Estéticamente, si me veo y digo “quisiera un ombligo común, como normal, el que Dios te dio al nacer”, estéticamente hablando... si me gustaría un cirujano estético...

En cuanto a mí y verte toda “hecha un caos”, y no poderme poner así como un biquini o cosas así como que... nunca tuve la oportunidad de usar un biquini, entonces siempre he querido. Bueno pero, entonces “ya ni modo”.

Si yo tuviera chance de tener acceso a un cirujano estético, la verdad si lo haría, me dicen “estás loca, otra cirugía” pero yo creo que esto es diferente, o sea te va a arreglar.

Tengo aquí un hoyito (señala las cicatrices), aquí tengo otro, este es el catéter y tengo ésta (señala su abdomen) que es la más larga. Esa cicatriz me la han abierto ya cuatro veces, mi ombligo es prácticamente inexistente, entonces de todas maneras, ahora me pusieron como tres puntos más hacia abajo, entonces por eso me digo “ya no se ve como cuando te unen la primera vez” y te cierran y queda así... Ésta, es de la prótesis que tengo, ésta se ve súper licita y todo, y la otra ya no está así, la otra está así como “lo que dios dio a entender” aquí tengo otras que tuve, aquí está otra, tengo varios de catéteres, éste ahorita este, otros acá, otro aquí y este... ¡la nariz! Pero de esa espero que no me quede marcas. También tengo unas en los pies, que tengo porque se me enterraron vidrios, entonces si... No son tantas... ahora que lo pienso, pero si están grandes. La que más me ha dado lata es ésta (señala la de la nariz), que es la que espero que se quite.

Era así como “ahhh mi intestino ya no está” .Pero a lo que voy es que si va a hacer que te duela, que te duela lo que te tenga que doler, pero tampoco te atormentes por algo que no puedes evitar.

Siento “raro”, no sé si algo real, pero hasta siento como algo “diferente” aquí, siento diferente este (señala lado izquierdo de su abdomen) es algo raro, no sé cómo podría explicártelo. Pero si, o sea ya está asimilado, simplemente es diferente y pues ¿qué le podemos hacer? Todavía siento raro y pienso “que ya no me piquen, que ya no me piquen”.

P4. No me he visto, pero pues sí, yo digo que normal. Creo que fue igual, o creo que fue más que una cesaría.

Si yo tuviera a tener un cáncer, conque me lo quiten pues que me quiten el seno con tal de que no me muera, con que esté yo bien, a mí la estética no me, no me afecta mucho pues.

Yo no soy así como de cosas muy estéticas, como que “ay que si me quitan esto ¿Cómo me voy a ver” o que “Ay mi pancita ya quedó marcada” no a mí no me preocupa, a mí lo que preocupa es estar bien, sólo que tenga energías nada más, pero en cuestión de eso no. no me preocupa la estética.

No me siento así que “ahh me quitaron...!” no, lo que no quisiera es si no sentir los dolores, eso sí, pero de ahí en fuera estoy tranquila.

Las cicatrices quedan como una huella de la enfermedad, que además está cargada de significantes que tienen que ver con el órgano afectado, en este caso la matriz, los ovarios y/o el útero, que remite a las pacientes a cuestionarse su vínculo con el ser mujer, amada y ser madre.

Además se vincula su imagen corporal con la completud de un cuerpo y la estética, que ellas bordean, ya que ha sido modificada y podría no coincidir su representación y figura que se ve en el espejo o la que es el ideal como persona y mujer.

El no hablar de ello, podría ser un síntoma de negación, ya que las mujeres entrevistadas no mencionan algún cambio en su imagen femenina. Aunque se sabe que el proceso de resignificación no es inmediato, se construye, y éstas pacientes sólo tenían días de la cirugía, por lo que podría ellas podrían estar en transición del cambio, lo que requiere de tiempo.

5.7 Ser mujer

El cuerpo de la mujer, si bien es un cuerpo que se ha construido por la maternidad está acompañada por una “voracidad maternal”, es también un cuerpo erógeno y preparado para duros trabajos y el dolor. Se refiere a “voracidad maternal”, a la necesidad oral de tener hijos, que está construida cultural y socialmente y tiene implicaciones económicas y políticas. El cuerpo materno se ha significado como el mayor poder humano.

Hay una parte interna de la mujer, que no es visible pero que se presupone, que está y que convierte en lo que es. El útero, como elemento interior femenino, es el receptáculo del futuro bebé y es lo que, de una manera radical, diferencia del género masculino. Si no se es madre, esa posibilidad sigue existiendo aunque sea en la fantasía.

En este sentido, una cosa es no querer tener hijos y otra es no poder por motivos orgánicos, lo cual podría, probablemente, ocasionar frustraciones y duelos que pueden repercutir en la estabilidad psíquica de la mujer.

P1. Que me haya afectado psicológicamente de que me hayan sacado la matriz y que yo sienta que yo ya no soy mujer, no, no yo la verdad me siento muy bien.

Si yo hubiera ido a este hospital si me hubieran atendido y hubiéramos tenido un bebé. Dios sabe por qué hace las cosas y si se puede más adelante vamos a poder adoptar a un bebé.

P3. Esto yo sé que va a cambiar mi vida, que voy a madurar de una manera más rápido, obviamente por lo de mi proceso ginecológico, mi menstruación, mis cambios de hormonas, mi humor y todas esas cosas, pero precisamente eso es lo que te hacer ser mujer.

Las pacientes aseguran que la cirugía no afectó de alguna manera “el ser mujer”, debido a que no vinculan relación alguna del padecimiento físico con su rol

social. Ellas reconocen que el órgano y/ó partes del cuerpo afectadas están directamente relacionadas con su papel de madre, en la sexualidad y posición que ocupan. Sólo una paciente menciona que vivir este tipo de padecimientos es “lo que te hace ser mujer”, como diferenciador con el hombre, ya que ellos no los tienen.

5.8 Maternidad

La maternidad es una de las representaciones culturales más complejas que se han elaborado en occidente sobre el imaginario de la mujer. Podría definirse como una práctica socialmente instituida que se apunala sobre una función biológica que está a su base. Además, estas prácticas se articulan con relaciones de poder que distribuyen, de manera desigual entre hombres y mujeres, ciertos atributos como la alimentación, la educación y el cuidado del otro.

Convierten al cuerpo de la mujer en la matriz del cuerpo social: había que readaptarlo para la función reproductora. El amor materno y la consagración total de la madre a su hijo se convirtieron en valores para la civilización y en códigos de buena conducta.

P1. Es parte de mi cuerpo y se... sabía que yo no tengo hijos y sé que ahora nunca los voy a tener...

Tenía miomas y... yo creo que ya estaban muy grandes y después con las hormonas que me daban ya no se pudo

P2. Me movió en el sentido que::: un amigo me dijo que yo estaba todavía en excelentes condiciones para embarazarme y que yo podía tener otro hijo y que me podía aventar y cosas así...

P3. Tener menos tiempo para poder tener un hijo que la mayoría de las mujeres, porque yo no estoy interesada en tener un hijo en este momento y eso si es bastante desalentador.

Es muy difícil para mí ya embarazarme, tiene que ser con mucho cuidado, si no puedo volver a caer... en casi morirme, básicamente y concebir un hijo es bastante muy difícil. O sea no es imposible, pero puede ser que el embarazo sea de alto riesgo, aunque tenga sólo uno. Entonces si al principio perder mi ovario izquierdo si me dolió, pero me queda el otro, pero el otro también presenta endometriosis o sea que tengo que estar en tratamiento más de un año para dejar de menstruar y así evitar que al otro le pase lo mismo que al izquierdo y tengo que ser bastante cuidadosa.

Yo si tenía ganas de tener hijos y yo esperaba que no tuviera que perder mi ovario.

Es bastante estresante que el doctor me dijo que no va a poder ser por cesaría, porque soy propensa a las adherencia y me puede dar otra vez, entonces ya llevo con esta cuatro cirugías, entonces la verdad "ya está cantada".

Si yo veo que para mi cuerpo es muy arriesgado, para mi tener un bebé, la verdad no me voy a arriesgar. Mejor adopto, si, para que me aviento a sufrir por algo que no puedo cambiar y no te va a dar los resultados que quieres. Si, la verdad si estoy abierta a la adopción, o sea no tengo ningún problema.

P4. Desde que tuve a mi última hija me operaron para ya no tener bebés.

Para mí fueron los más bonitos, los más bellos los primeros porque ahí fue cuando recibí a mis hijos, a mis bebés, así como uno ni tiene uno tiempo de pensar que me siento mal ajá pues ya los otros cómo que si ya me fui más resignada, si me van a operar pues ni modo.

Las pacientes vinculan el órgano con su función vital, que es el de engendrar y sufren por la pérdida de la posibilidad de la maternidad, que envuelven sentimientos de tristeza, enojo y pérdida que sobrepasa la expresión del dolor físico. Mencionan la posibilidad de adoptar un hijo como ilusión de no renunciar a la maternidad, en especial las que no han sido madres para sustituir éste deseo.

5.9 Climaterio

La menstruación, supone la manifestación externa de la fertilidad. Ésta es vivida de muy diversas maneras: como algo molesto, sucio, normal, sin trascendencia, doloroso (si existe dismenorrea), tranquilizador (cuando no se desea un embarazo). Las mujeres sabemos que llegada cierta edad entran en la premenopausia (alrededor de los 45-50 años), con los primeros síntomas y signos de alteraciones del ciclo; un poco más adelante se vive la menopausia propiamente dicha y, paso a paso, gradualmente, se llega a la postmenopausia. Se sabe y durante muchos años y hay una preparación emocional para ese acontecimiento que podría enmarcarse en la definición de “crisis vital”, pero que es inevitable, natural y parte integrante del devenir de la mujer (Donat y Cols, s/f).

El final del período fértil de la mujer se caracteriza por toda una serie de modificaciones morfológicas y funcionales, que implican el cambio a un nuevo estado biológico no reproductivo, la menopausia. En esta etapa se producen cambios hormonales desfavorables a la supuesta protección que ejercen las hormonas femeninas sobre el organismo y aumenta, por consiguiente, el riesgo de morbilidad y mortalidad a estas edades (Fernández, 2009) Pero, ¿Cómo saber la fecha de este acontecimiento?

El climaterio se vive de acuerdo con el concepto cultural predominante. En el mundo desarrollado el concepto incluye aspectos negativos, como un período de envejecimiento acelerado, e incontrolable, que se expresa por signos y síntomas perceptibles. Significa además, para muchas mujeres y como sobradamente se pondrá de manifiesto en nuestro trabajo, una pérdida, bien de la juventud, de la fecundidad o de una cierta relevancia del propio papel social.

La cirugía ginecológica, implica que el proceso post-menopáusico se anticipe. Las pacientes testifican que es una etapa en la que su cuerpo se “adelanta” una fase de desarrollo normal. A pesar de cierto desconocimiento de los síntomas que producen realmente, ellas mencionan que es una etapa de cambios físicos y emocionales que son inciertos y desconocidos.

P2. Con esto yo sé que entro en y es una situación que no esperaba, porque yo por lo menos esperaba que me dejaran un ovario para que continuarán este mis hormonas, mis hormonas por ahí funcionando.

Me habría gustado seguir con mi proceso “normal” de hormonas y eso, pero ahora me han dicho que se me va a adelantar, o sea que ya no voy a estar menstruando y eso, pero que bueno que se dieron cuenta de lo que tenía porque así se pudo evitar que siguiera la enfermedad y se convirtiera en cáncer o algo peor...

P3. No quería que me llegue tan rápido la menopausia, la idea simplemente me irrita...

Las pacientes vinculan el climaterio con un proceso de deterioro precipitado de su cuerpo por lo que significa un cuidado físico que requiere tratamiento médico aunque desconocen lo que harán con su persona y cómo reconstruir su subjetividad rota antes esto.

5.10 El Otro

El útero es un órgano significativo para las mujeres y la sociedad, ya que culturalmente se encuentra asociado a características como femineidad, sexualidad y a la capacidad reproductiva de éstas. Por ello, la pérdida de este órgano no sólo impacta a las mujeres histerectomizadas, sino que también a sus parejas. La recuperación y adaptación sexual post-quirúrgica pueden verse afectadas por la perspectiva que los hombres tengan sobre el significado de la HT.

Los hombres son reconocidos como un apoyo importante por las mujeres durante el proceso de ser histerectomizadas, especialmente al momento de tomar la decisión de operarse. Sin embargo, ellos tratan de evitar conversar con sus parejas de las preocupaciones y de los sentimientos que esta cirugía les genera a ellos. Esta falta de comunicación puede verse agravada con la falta de

conocimiento que tienen sobre las patologías uterinas y la cirugía (Araya y Cols., 2012)

P4. Los maridos son un poquito más... menos incomprensibles, no comprenden a veces lo que uno está pasando, a veces piensan que uno nada más se está haciendo uno tonta, de que uno inventa enfermedades o...

En cierta forma han ido los matrimonios estables, ahora si que hasta donde puedan ir apoyando a la mujer.

Platicas con otras personas, otras mujeres que dicen "es que ya luego que no sé qué" que cambia la vida de uno ¿no?, que a veces hasta en el deseo sexual que no sé qué que no sé cuándo y pues dije "¿quién sabe?"

El otro, es importante para las pacientes en el sentido que reafirma su posición que ocupan y la pareja al representar su ideal de ser amada y deseada, el no cumplir con eso produce un sentimiento de rechazo y abandono.

6. CONCLUSIONES

Las mujeres entrevistadas, fueron sometidas a una cirugía ginecológica (3 de ellas histerectomía y una laparoscopia). El sentido que le dieron a de ésta cirugía se relaciona la historización del padecimiento, para "re-significar" ese "cuerpo latente" que permanece oculto y a veces ajeno y negado para el sujeto. Al ser una cirugía ginecológica, intervienen diversos significantes de su cuerpo e imagen femenina al ser órganos directamente relacionados con la maternidad, además de los de la enfermedad, la mutilación del órgano, dolor y pérdida.

El análisis del discurso a nivel individual se hizo con la finalidad de historizar su padecimiento, para conocer cómo dieron sentido a su enfermedad y cirugía cada una de ellas.

A nivel de lo horizontal, se recuperó el discurso de las participantes identificando las cadenas discursivas que daban cuenta de las constantes las cuales fueron; muerte, tristeza, abrir, adoptar, alivio, bebé, bromear, cicatrices, cuidado, curación, dolor, estética, sufrimiento, lastimar, vivir, tranquilidad, muerte, salvación, menstruación, herida, llanto, mujer, miedo, tiempo, tranquilidad, tumor, trauma, vivir y vientre,

En el plano médico fueron; cáncer, quistes, tumor, miomas, cesaría, cirugía, urgencias, anemia, climaterio, dolor, herida,

En el plano de la intervención mencionaron; cesárea, herida, histerectomía, parto, recuperación, sanación, estética, abrir, cortar, alivio, lastimar, dolor, tumor, vientre, cicatriz, cáncer, vivir, muerte, cambios, tiempo, matriz, cuidado.

El concepto de enfermedad fue retomada, de acuerdo al discurso de Freud (1913-4) donde a través del síntoma que las pacientes percibieron como consecuencia de su padecimiento localizado (en esta investigación) en órganos como el útero, los ovarios y la matriz, éstos fueron removidos de su cuerpo,

acontecimiento que removió aspectos de la vida anímica de las pacientes al ser una construcción simbólica que fue modificada en el plano real.

Sin embargo, las pacientes a continuación de la cirugía ginecológica, no hablaron del impacto de que les retiraran un órgano, ellas bordearon el tema evitándolo o retomando los efectos positivos de ésta cirugía. El no hablar del evento, hace que surja el “¿Por qué? De NO decirlo, ya que en diversas ocasiones se contradijeron. La respuesta de éstas pacientes sigue en su inconsciente, donde sufren heridas en su vida anímica, pero ellas evitan hablar de ellas para no aumentar sus sufrimientos, por lo que no se hace consciente de su pérdida.

Los síntomas que las pacientes sufrieron fueron dolor, sangrados, debilidad, incomodidad e imposibilidad para trabajar, y afectó a sus relaciones personales y sociales. Después de la cirugía hay un futuro incierto, en el que saben que habrá cambios a distintos niveles, el corporal que es lo inmediato es la llegada imprevista y espontánea del climaterio, que es una etapa de las mujeres que da paso a la menopausia que implica un deterioro de las funciones de su cuerpo. Debido a lo anterior, se experimentará un proceso de cuidado a la mujer relacionado con la vejez y además la imposibilidad de concebir hijos.

Para las pacientes que no han sido madres, significa una falta y/o pérdida, debido a las expectativas que se formaron en el imaginario aunque lo atenúan con la probabilidad de adoptar un hijo.

Las pacientes no hablan de los cambios en la sexualidad, sólo una paciente menciona que ha escuchado que “cambia el deseo sexual”, sin hacer más comentarios, por lo que pueden no haberlo hablado debido al tabú que existe en cuanto hablar de la sexualidad. En estudios hechos con anterioridad se dice que los hombres significan un apoyo importante para la decisión de operarse, pero ellos tratan de evitar conversar con sus parejas de las preocupaciones y de los sentimientos que esta cirugía les genera a ellos.

De acuerdo con el análisis horizontal, las pacientes hacen referencia a su cuerpo físico a partir de su diagnóstico y le dan nombre a su enfermedad apropiándose de ella, para darle significado a los signos y síntomas. Que remitían a significantes de la cirugía como sanación, salvación y vida.

De esta forma, el sentido de la cirugía para las pacientes fue un cese a los síntomas y una alternativa de tratamiento para preservar su vida y su salud, que tuvo un costo a nivel corporal que incluía dolor, pérdida y sufrimiento además de una huella de su padecimiento ya que les dejó una cicatriz. De acuerdo a los significantes de las pacientes y su historización fue un descanso a su cuerpo, un “volver a nacer”, sin dolor y sin sangre por lo que significa una valoración de la vida, después de la enfermedad que las acercó a la muerte, por lo que inician nuevos proyectos para su persona y su cuidado personal.

Las pacientes, por otro lado, vieron la cirugía como algo necesario y además le produjo felicidad y alivio al cuerpo. Lo relacionaron con una cesaría, al ser el órgano portador de la vida (hijos), ya que se retiró un tumor en lugar de un bebé, en el lugar que se supone debería atesorarlo y también tiene en común la cicatriz, que en algunas pacientes abrieron la misma que ya tenían.

La cicatriz, parece no haber tenido efectos negativos en la imagen de las pacientes, sólo la más joven mostró incomodidad ante éstas. En la imagen social que implica ser mujer, las pacientes mencionan que sufrir este tipo de enfermedades es lo que te hace ser mujer, ya que los hombres no lo tienen.

De esta manera se concluye que la cirugía fue un evento invasivo en el cuerpo de las pacientes, ellas le dieron sentido como un tratamiento necesario para preservar su vida y recuperar su salud, sin embargo también produjo efectos adversos pero imperiosos como dolor, pérdida y sufrimiento. La imagen de las pacientes está en proceso de re-construcción tanto en estética como en representación social y tendrá que adaptar su cuerpo a las demandas sociales, médicas de tratamiento y cuidado que deberá seguir para lo que necesitará ayuda profesional médica y psicológica, así como el apoyo de familia y amigos.

En México no hay muchos estudios del impacto que produce una histerectomía u otra cirugía ginecológica, sería fundamental que se abrieran nuevas investigaciones tanto médicas, psicológicas como sociales de éste fenómeno, con el fin que futuras mujeres que tengan un padecimiento similar tengan herramientas para que mejore su recuperación y estén informadas, ya que éstas cirugías ocupan un lugar prioritario dentro de la organización de los servicios de salud, ya que la histerectomía representa el 37% del total de cirugías durante el 2004. Estos datos sitúan a la mujer como vulnerable a distintos padecimientos que para los hombres es nulo.

Para futuros estudios sería importante profundizar en temas tocados en esta investigación como significado de la enfermedad, en la sexualidad después de la histerectomía y miedos que desencadena ésta. Éstos podrían realizarse desde la Psicológica de la Salud, Psicoanálisis y/o el discurso médico, con mayor acceso a participantes.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, B. A. (2010) Estudio Descriptivo Hermenéutico de corte Psicoanalítico de la Estructuración del psiquismo en mujeres con múltiples cirugías estéticas. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental* vol.3 nº7. Consultado el 19/11/2013 en <http://psi.usal.es/rppsm/n72010/acunabermudez.pdf>).

Alcántara, M G. (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *SAPIENS* . 2008, vol.9, n.1 [citado 2014-02-13], pp. 093-107. Consultado en: <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152008000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1317-5815

Alcocer, C y Collignon, M. (2012) Significados del Cuerpo Sexuado e Identidad Femenina: una mirada transgeneracional. Coloquio, Maestría en comunicación de la ciencia y la cultura; ITESO. (consultado el 02/09/2013 en http://portal.iteso.mx/portal/page/portal/Dependencias/Rectoria/Dependencias/Direccion_General_Academica/Dependencias/DESO/Programas_academicos/MC/coloquio_de_proyectos/PROTOCOLOS_2012/ProtocolodeinvestigacionALCOCER2012.pdf)

Allegue, R. (2000) *El género en la construcción de la subjetividad; Un enfoque psicoanalítico*. Femenino-Masculino. Perspectivas. Teórico Clínicas- de Souza, L; Guerrero, L; Muñiz, A. (comp) Montevideo, Edit. Psicolibros/ Facultad de Psicología, UDELAR.

Araya, G. A. y Cols (2008) El significado de la histerectomía para un grupo de hombres chilenos parejas de histerectomizadas. *Revista del Departamento de*

investigación de la Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, concurso interdisciplinario.

Baz, M. y Téllez (1999) *El cuerpo en la encrucijada de una estética de la existencia*. En Carrisoza, H. S. Compilador *Cuerpo: significaciones e Imaginarios*. (pp 25-41) UAM-X, Depto. de Educación y Comunicación. México D.F.

Botella, L. J. y Clavero N. A. (1993) *Tratado de ginecología*. Ediciones Díaz de Santos S. A; Madrid. (consultado el 13/02/1014 en <http://es.scribd.com/doc/127542447/Tratado-de-Ginecologia>)

Centro Nacional de información sobre la Mujer (2003) “Histerectomía” Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., La Oficina para la Salud de las Mujeres <http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/histerectomia.pdf> 11<7 juni/2014

Cevasco, R. (2006) *De Freud a Lacan, la cuestión femenina*. En homenaje a Freud. Colegio de Psicólogos. Barcelona (Consultado el 07/10/2013 en <http://www.psicoanalisisysociedad.org/Textos/Freud-LacanfemeninaRCevasco.pdf>)

Colorado I: M; Arango P. L. y Fernández, F. S. (1998) *Mujer y Feminidad*. Dirección de Cultura Antioquia (consultado el 07/10/2013 en <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/181/1/MujerFeminidad.pdf>)

Emilce, D. B. (1996) *Género, Psicoanálisis, Subjetividad* (Texto compilado junto con Mabel Burin),

Díaz, V. y Lince, F. (2010) Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Revista Pensamiento Psicológico*. Vol. 7, no. 1; Pontificia Universidad Javeriana Colombia. Pp. 155-160. (Consultado el 14/02/2014 en <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/139>)

Donat, C; García, P. F. y Martínez, M. A. (s/a) La salud de la mujer en el climaterio según las creencias y costumbres populares. Escuela U. de Enfermería de la Universidad de Valencia.(consultado el 24/05/2014 en http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_27.pdf)

Fernández, G. C. (2006) El cuerpo y sus afecciones: reflexiones psicoanalíticas. México: Círculo Psicoanalítico Mexicano.

Fernández, J. G. (10/febrero/2009). Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica. Consultado en Fernández, 2009 en 28/05/14 http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/psicosomatica/consecuencias-psiquicas-de-la-histerectomia-no-oncologica1/ el 28/mayo/2014.

Giancomantone, e. y Mejía, A. (1994) *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. PAIDÓS; Buenos Aires, Argentina.

Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República (2001). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México: Autor (Consultado el 13/02/2013 en http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/colecciones/conevyt/plan_desarrollo.pdf)

Hernández, V. L. y Lozano, T. L. (2010) *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales*. Editorial Manual Moderno. México D. F.

Ildelfonso, R. A. (2011) *Políticas públicas en Salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán , Sinaloa, México*. Facultad de contaduría y administración. Universidad Autónoma de Sinaloa.

Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), (2001). Programa nacional para la igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres 2001-2006. México: Autor. (Consultado el 13/02/2013 en http://www.oei.es/genero/documentos/mex/Mexico_1.pdf)

Laqueur, T. (1994) *La construcción del sexo, cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Ediciones Cátedra. Madrid; España.

Le Bretón David, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2010, p. 38

Martínez, E. P. (03/09/2010) *Biología de la diferenciación sexual humana*. En *Anales de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas* (consultado el 14/10/2013 en <http://bioetica.ancmyp.org.ar/user/files/03Giorgiutti.pdf>)

Matarazzo, J. D. (1980) Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, Vol. 35(9), pp 807-817.

Méndez, R. J. (s/f) “El ginecólogo como médico de Atención Primaria de la salud: Una mirada diferente de la mujer”. *Ginecología de la Universidad de Buenos Aires; Argentina*. (Consultado el 13/02/2014 en www.fertiasist.com/archivos/word/adolescencia.doc)

Hernández, V. L. (2008) *Escrituras del cuerpo; entre la nominación y el tatuaje: Reflexión de jóvenes en reclusión*. En Mondragón, G. J; Avendaño, A. C; Olivier, T. C y Guerreiro, B. J. *Saberes de la psicología. Entre la teoría y la práctica*. Primera edición, UNAM, FES Iztacala. (pp 193-212)

Morales. C. F. (1999) *Introducción a la Psicología de la Salud*. Paidós. Bs. As.

Orozco, C. G; Ostrosky-Solís, F; Salin P. R; Borja J. y Castillo P. G (2009) Bases Biológicas de la Orientación Sexual: Un estudio de las Emociones en Transexuales. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, Vol.9, Nº1, pp. 9-24. (Consultado el 09/11/2013 en http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol9_num1_6.pdf)

Plascencia, N. (2013) Sobre la ginecoobstetricia y las subespecialidades. *Revistas Médicas Mexicanas; Ginecología y obstetricia de México*. Volumen 81, núm. 5 (Consultado el 20/11/2013 en <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/volumen-81-num-5-mayo-2013/6513-sobre-la-ginecoobstetricia-y-las-subespecialidades.html>)

Programa de acción; Salud reproductiva. (2011) Secretaría de salud y Subsecretaría de prevención y protección de la salud. Primera edición; México. (consultado el 13/02/2014 en http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/Country_pages/Mexico/ProgrammeOfAction.pdf)

Rinaldi, G. (2001) *Prevención psicósomática del paciente quirúrgico; causa y consecuencias del impacto psicológico de una cirugía*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Rubin, G. (Noviembre/1986) El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, vol. VIII, núm. 30, pp. 95-145, Asociación

Nueva Antropología A.C. México (Consultado 28/09/2013 en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/30/cnt/cnt7.pdf>)

Salaberria, K.; Rodríguez, S; Cruz, S. (2007) Percepción de la imagen corporal UPV/EHU. Fac. de Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Avda. de Tolosa, 70. 20018 Donostia- San Sebastián (Consultado el 19/11/2013 en <http://hedatuz.euskomedia.org/4564/1/08171183.pdf>)

Selltiz, C., Wrightsman, L.S. y Cook, S.T. (1980) Métodos de investigación en las relaciones sociales, Editorial Rialp, Madrid, Págs. 151-153.

Torresgrosa, R, Alvarado, J y Garrido J. (1996) *Psicología Social Aplicada*. McGraw-Hill; Madrid.

Unzueta, N. y Lora, M L. (2002) El estatuto del cuerpo en el psicoanálisis. Vol. I, Año 1. Universidad Católica Boliviana. (Consultado el 01/09/2013 en <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a09.pdf>)