



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría

Relación que guarda la subjetividad del personal médico con la muerte
materna en Michoacán

Opción de titulación
Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestría en Psicología Clínica


Presenta:
Susana Tapia Ramírez

Dirigido por:
Dr. Mario Orozco Guzmán

Dr. Mario Orozco Guzmán
Presidente


Firma

Dra. Rosa Imelda De La Mora Espinosa
Secretario


Firma

Dra. Ma. Guadalupe Reyes Olvera
Vocal

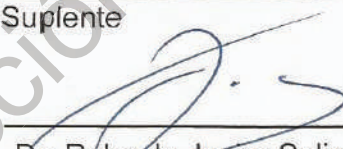

Firma

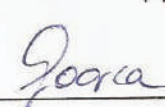
Dra. Nubia Carolina Rovelo Escoto
Suplente


Firma

Mtro. Carlos Alberto García Calderón
Suplente


Firma


Dr. Rolando Javier Salinas García
Director de la Facultad


Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Director de Investigación y Posgrado

RESUMEN

En Michoacán se identificó que el ejercicio del poder del médico(a) sobre las mujeres durante su atención ginecobstétrica, reconocida como violencia institucional, tiene consecuencias graves: discapacidad física, mental, social, infertilidad y muerte. La presente investigación busca dar respuesta a la siguiente pregunta: **¿Existe relación entre la subjetividad de las y los médicos que atienden ginecobstéricamente a la mujer, con el ejercicio de poder y la violencia institucional de que es objeto la embarazada?**

Se realizó una investigación de tipo mixto, descriptivo, transversal con una triangulación de métodos cuantitativo y cualitativo con muestreo por conglomerados en servicios de gineco-obstetricia en hospitales del estado de Michoacán, mediante encuesta tipo redes semánticas, con veinte reactivos para complementar oraciones y cinco preguntas de opción múltiple; una entrevista semiestructurada a diez médicas(os) especialistas en la materia. Las variables temáticas estudiadas fueron: Feminidad y maternidad; El concepto subjetivo de mujer que tiene el personal hospitalario: madre, esposa, amante; estas variables buscan confirmar la siguiente hipótesis: **La subjetividad de médicos y médicas en relación a la feminidad les lleva a presentar conductas irracionales de menosprecio, abandono y humillación durante la atención que brindan a la mujer embarazada, que resulta en violencia institucional asociada a la mortalidad materna en Michoacán.**

SUMMARY

In Michoacan, it was identified that the exercise of the power of the physician on women during their gynecological care, recognized as institutional violence, has serious consequences: physical, mental, social, infertility and death disability. **This research seeks to answer the following question: Is there a relationship between the subjectivity of the physicians who serve gynecological attention to women, with the exercise of power and institutional violence that is the subject of pregnancy?**

A mixed, descriptive, transversal investigation was carried out with a triangulation of quantitative and qualitative methods with sampling by conglomerates in OB-obstetric services in hospitals in the state of Michoacan, by means of a network-type survey. Semantics, with twenty reagents to supplement sentences and five multiple choice questions; A semi-structured interview with ten physicians (OS) specialists in the field. The thematic variables studied were: femininity and motherhood; The subjective concept of a woman who has hospital staff: Mother, wife, mistress; These variables seek to confirm the following hypothesis: **The subjectivity of doctors and physicians in relation to femininity leads them to present irrational behaviors of contempt, abandonment and humiliation during the care they provide to the pregnant woman, who It results in institutional violence associated with maternal mortality in Michoacán**

Alberto por tu apoyo y acompañamiento
durante todos mis momentos difíciles que nos ayudaron a crecer.

Erick, Eitan por su paciencia y aliento, logran ayudarme a ser mejor persona, los amo.

A mi familia en especial a mi hermana Angélica por creer en mí y esforzarse para que hoy
pueda ver este proyecto concluido.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

AGRADECIMIENTOS

A todos y cada uno de los doctores y maestros que fueron en algún momento parte de mi formación, en especial a la Maestra Janis Pacheco quien decidió ser parte de esto y cuya ausencia física aún reciente.

Al Doctor Mario Orozco Guzmán, por decidir crearme y ayudarme a concluir este proyecto.

A mis compañeros de maestría de quienes aprendí y motivaron en cada clase mis curiosidades.

Al personal administrativo de la Universidad Autónoma de Querétaro, por la disposición para ayudarme y asistirme.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

ÍNDICE

	Página
Resumen	2
Summary	3
Introducción	8
Antecedentes	8
Justificación	10
Problema de investigación	11
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Objeto de estudio	13
Hipótesis	13
Dimensiones críticas	13
Marco teórico	15
Capítulo I. Psicoanálisis <i>versus</i> medicina	15
I.1. Breve recorrido histórico de la medicina	16
I.2. El psicoanálisis de Freud	19
I.3. Otras escuelas	22
I.3.1. Lacan y su retorno a Freud	22
I.4. Imagen Corporal	23
Capítulo II. El rol médico y la paciente obstétrica	30

II.1. Desarrollo sexual y carácter	31
II.2. Etapas del desarrollo sexual o de la evolución libidinosa del infante.	32
II.3. Teorías sexuales de Freud	37
Capítulo III. Género y Subjetividad	47
III.1. Género	48
III.2. Consecuencias políticas de la diferencia sexual	52
III.3. Subjetividad y feminidad	56
III. 4 Maltrato a la paciente ginecobstétrica durante el embarazo, parto y puerperio	62
Tipo de estudio	65
Aspectos relacionados con el diseño	66
Aspectos relacionados con la población y la muestra a estudiar	66
Aspectos relacionados con las variables o dimensiones a estudiar	68
Aspectos relacionados con los instrumentos	69
Aspectos relacionados con el procedimiento	70
Procedimiento	71
Resultados y conclusiones	72
Recomendaciones	76
Bibliografía	78
Anexos	81

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

“Más mujeres mueren actualmente en el mundo dando a luz que en conflictos bélicos, en especial en países en vías de desarrollo”, declaró el doctor Yves Bergevin, coordinador de Salud Materna del Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA), a la British Broadcasting Corporation (BBC). Manifestó que “más de 500.000 mujeres mueren al año en el mundo por complicaciones durante el embarazo y el parto, unos dos millones de niños tienen igual destino debido a la precariedad médica y sanitaria del lugar donde nacen”.

El mismo galeno expresó que una de las principales causas de estas cifras es la carencia de voluntad política en el mundo para proteger la vida de las mujeres: su bajo acceso a una educación de calidad, la ausencia de controles rigurosos sobre la mutilación genital femenina y matrimonios donde los cónyuges son muy jóvenes, entre otros.

En el año 2006, la Secretaría de Salud de Michoacán, a través del Comité Interinstitucional de Muerte Materna, realizó un estudio de investigación de los 61 expedientes de muertes registradas de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, que representaron el total de defunciones en ese año. Dicho estudio permitió identificar la presencia de violencia institucional¹ asociada con las muertes maternas. Los elementos que aportaron estos datos se sustentan en la triangulación de la información obtenida en los expedientes técnicos y clínicos de las defunciones, la opinión de expertos, así como la bibliografía consultada con los siguientes resultados significativos:

1. La violencia institucional se presentó en un 80% de los casos.
 - a. Las principales formas de violencia ejercida por el prestador de los servicios de salud fueron: no evaluar el riesgo ginecobstétrico; historias clínicas incompletas; falta de interconsulta oportuna; ausencia de diagnósticos diferenciales; incongruencia diagnóstico terapéutica; no detección y notificación de violencia familiar; o sea, lo que se conoce como deficiente calidad de los servicios, generada principalmente por el menosprecio y abandono de la salud de las mujeres, que las considera solo como objetos reproductivos.

2. Las y los expertos entrevistados reconocen la importancia de los roles de género que permean a nivel institucional, y reconocen además la presencia de violencia de género en los propios prestadores de servicios, principalmente en las y los médicos.
3. El análisis estadístico de la violencia institucional, entendida esta como las actitudes de discriminación, maltrato psicológico, físico y abandono que ejercen las y los médicos sobre las mujeres en su atención obstétrica, arrojó los siguientes datos de relevancia: el riesgo asociado poblacional es de 93% en el indicador de congruencia diagnóstica terapéutica, el 80% en información a la paciente, en 54% evaluación de riesgo obstétrico y el 50% de diagnóstico diferencial, resultados que nos orientan a trabajar en estos factores de riesgo para disminuir la muerte de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (Tinoco, 2010).

Dicha investigación brindó información (Castro, 2014) que orienta para realizar otros estudios como el presente, que permiten mostrar fenómenos como el poder y la violencia institucional que ejerce la o el médico sobre la paciente obstétrica. Esta situación motiva dar continuidad al estudio realizado en el estado de Michoacán desde una perspectiva psicoanalítica.

JUSTIFICACIÓN

La atención ginecobstétrica está influida por mitos y tradiciones socioculturales que menosprecian el estado de salud de las mujeres como individuos, reducen su atención al área reproductiva exclusivamente, y consideran el evento obstétrico como algo “natural”, de responsabilidad propia y parte del deber ser de las mujeres. La paciente que acude a los servicios de salud deposita su confianza en las y los médicos, y desconoce parcial o totalmente sus propios derechos; frecuentemente firma un documento de consentimiento informado que en la práctica sirve de protección para las y los médicos que intervienen en su atención, y que no le da detalles de su padecimiento y de los procedimientos de que será objeto para su atención (Ponce, 2005).

Las y los médicos, según la teoría ética de la virtud (Tinoco, 2010), ponen en juego durante el desempeño de su trabajo las virtudes, valores y capacidades adquiridas como personas. Sin embargo, esta teoría es mal interpretada por determinado personal de servicios de salud, que en el afán de facilitar su trabajo emplea procedimientos rutinarios, omite valorar integralmente a la paciente e informarla con precisión sobre su estado de salud, procedimientos que violentan los derechos de la mujer durante la atención del embarazo, parto y puerperio, establecidos en la legislación mexicana correspondiente.

En la actualidad, el estado de Michoacán se encuentra en alerta epidemiológica por tener un importante incremento de defunciones maternas durante 2010-2011, que lo coloca en cuarto lugar a nivel nacional con una razón de muerte materna de 67 defunciones por 100,000 nacidos vivos esperados. El análisis retrospectivo de las defunciones, realizado por el Comité Académico Externo para el Análisis de la Mortalidad Materna en el Estado 2011, señala que el 77% de las defunciones en este año se produjeron por negligencia, impericia, omisiones y dilaciones de los profesionales de salud, o sea, la deficiente calidad de los servicios de salud, reconocida como violencia institucional. Pero ¿qué hace que este personal desatienda a las mujeres embarazadas y ponga en riesgo su vida en más de una ocasión? Como sujetos que brindan un servicio, ¿qué los lleva a actuar de esta manera? ¿A qué se enfrentan, desde el punto de vista psíquico, con cada mujer que atienden? ¿Qué parte de su subjetividad se pone en juego?

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En Michoacán se ha identificado que el ejercicio del poder de las y los médicos sobre la paciente durante su atención ginecobstétrica forma parte de la práctica diaria, con consecuencias graves como: discapacidad física, mental, social, infertilidad e incluso la muerte, con un impacto social altamente costoso para el sujeto, la familia, la comunidad, el Estado y la nación. El sistema patriarcal en que vivimos promueve el uso de la fuerza y el poder hacia la mujer; así, la relación de poder y sumisión que se establece entre el personal médico tratante y las pacientes, supeditada a la condición social de ambos y a la representación subjetiva que tiene el personal de salud acerca de las mujeres embarazadas, las coloca en una posición de vulnerabilidad frente a quienes las tratan. De la subjetividad del personal médico, ¿qué se pone en juego en cuanto a la feminidad? La feminidad como un sentimiento central de género basado en estímulos biológicos, influenciados por las experiencias emocionales intersubjetivas tempranas y por otros sentimientos conscientes de ser mujer. En estos últimos se incluyen los roles identificadores, las situaciones de conflicto relativas a pertenecer solo a un género o en relación con el otro género. Es en este contexto que nos preguntamos: ¿qué fantasías de atribución de valor a la feminidad estarán entrelazadas con el desarrollo narcisista de las y los médicos? (Abellin-SAS, 2009), en las que se observa angustia de castración femenina, envidia del pene, masoquismo, miedo a la autoridad, a la agresión, rivalidad y envidia de la madre preedípica y edípica.

Todas estas interrogantes tratan sobre la subjetividad de las y los médicos en relación a la feminidad, que repercute en la atención obstétrica, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿La subjetividad de las y los médicos en relación a la feminidad desde donde atienden a la mujer embarazada está relacionada con el ejercicio de poder y la violencia institucional que se ejerce sobre ella?

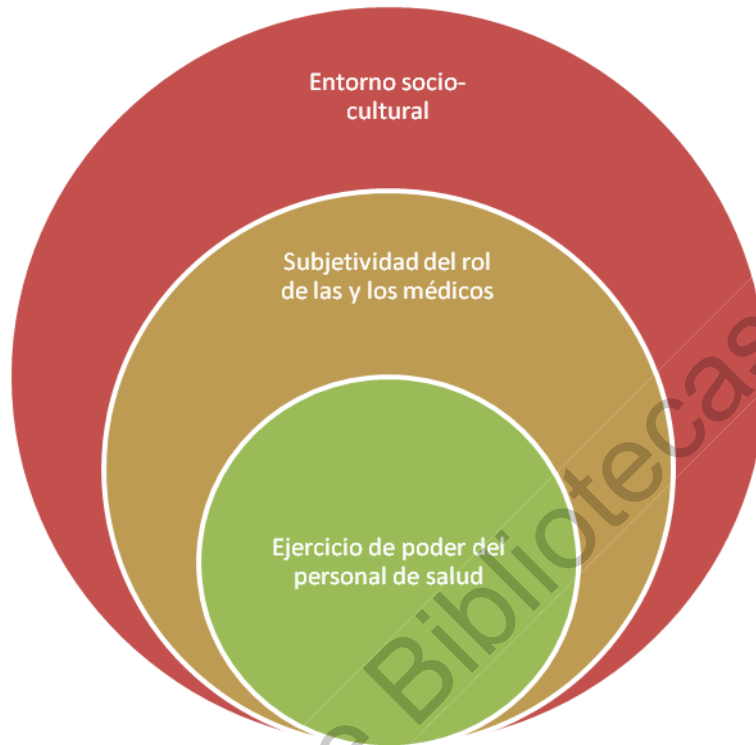
OBJETIVO GENERAL

Analizar si la subjetividad de médicas(os) en relación a la feminidad, condiciona el ejercicio del poder y la violencia que ejerce este personal sobre la mujer en la atención ginecobstétrica, que ha contribuido al incremento en los casos de muerte materna en el estado de Michoacán.

Objetivos específicos

- Mostrar cómo la subjetividad de médicas(os) en relación a la feminidad, influida por estereotipos y roles de género, influye en la atención que otorgan a las mujeres embarazadas.
- Identificar cómo, a través del control que ejerce el personal de medicina sobre las pacientes ginecobstétricas, se establece un ejercicio de poder que modifica y pone en riesgo la maternidad y la vida de las mujeres.

OBJETO DE ESTUDIO



HIPÓTESIS

La subjetividad que tienen las y los médicos en relación a la feminidad les lleva a presentar conductas irracionales de menosprecio, abandono y humillación durante la atención que brindan a las mujeres embarazadas, que resulta en violencia institucional asociada a la mortalidad materna en Michoacán.

Dimensiones críticas

Es importante resaltar la dificultad que puede presentarse al aplicar las herramientas mencionadas a las y los médicos, dado que exploran conceptos a los que no están acostumbrados en la experiencia de investigación médico-clínica. Sin embargo, la situación

que guarda el estado en relación a la urgencia epidemiológica por incremento de muerte materna, ha permitido mayor sensibilización del personal de salud, para la búsqueda de explicaciones del fenómeno observado.

Algo que ha llamado la atención en esta investigación es cómo se ha modificado la atención que brinda el personal de salud a las mujeres embarazadas. A lo largo de la historia, la maternidad se ha tratado como un hecho natural y las mujeres, en su estado de gravidez, recibían la atención principalmente de una partera, de su madre o de una mujer experta de su comunidad, con lo que se presentaban complicaciones derivadas de la insalubridad con que se atendía el parto. En la actualidad los avances científicos han incidido de manera significativa en estas complicaciones. Sin embargo la muerte materna sigue ocurriendo, pero no por estas causas sino por las deficiencias en las relaciones de médicas(os) con las pacientes, una relación que se ha visto modificada por el número de especialidades que se han abierto para la atención del cuerpo humano. No se ve a la persona como un todo, sino como una parte que hay que atender; en este caso en especial, desocupar un útero gestante y no atender a una mujer en su condición de sujeto femenino.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. PSICOANÁLISIS Y MEDICINA

Introducción

Para saber lo que ocurre en la actualidad es necesario conocer la historia. En la medicina siempre se ha resaltado la figura del médico por el poder que le concede el conocimiento, el cual le otorga un status social por ser el profesional que enfrenta a la muerte y en ocasiones la derrota. Esto se lograba a partir del estrecho vínculo que se establecía en la relación médico-paciente, por ser el médico el único responsable de desaparecer los síntomas del paciente. En este mismo contexto, Freud ejercía la medicina, lo que le arrojó las siguientes interrogantes: ¿por qué un médico no podía curar todos los malestares físicos de una mujer?, ¿por qué no respondían todas las pacientes al mismo tratamiento?, ¿por qué el malestar se trasladaba de una topografía del cuerpo a otra? Entonces, comienza a ver caso por caso, dejando el manejo positivista de la época. Esto es lo que nos preguntamos ahora: ¿por qué un médico(a), que de hecho se ha formado como especialista en la atención y cuidado de la mujer embarazada, tiene dificultad para atenderla y establecer una adecuada relación médico(a)-paciente?, ¿qué ocurre con su subjetividad, que aquello que desea ser, un profesional de la obstetricia, ahora lo obstaculiza para atender a la mujer en su feminidad?

Como se comprobó en la investigación a la que se hace referencia en los antecedentes de este trabajo, desafortunadamente la atención que brindan actualmente las y los médicos a una mujer embarazada se reduce a un número de cama o una estadística más en los Servicios de Salud del Estado, con una de las más graves consecuencias: la muerte materna. Por ello la intención de esta tesis es encontrar respuestas que ayuden a disminuir este grave problema de Salud Pública.

Es complicado descubrir cómo el mismo Freud no estableció respuestas generales; se debe estudiar caso por caso. Pero la intención es que al revisar la historia con perspectiva psicoanalítica se puedan encontrar elementos que contribuyan a comprender qué ha ocurrido y qué ocurre en este momento histórico para que el médico(a) tenga esta serie de dificultades para identificarse con la mujer que atiende.

I.1. Breve recorrido histórico de la medicina

Para Bernardi (2002), la medicina moderna nace a fines del siglo XVIII. Se aleja de la teoría del miasma como causa de enfermedad según Hipócrates, y pasa en la actualidad a la teoría del contagio, la deficiencia y la multicausalidad, que se basa en la racionalidad médica y su cientificidad. Los descubrimientos del Renacimiento continuaron enriqueciendo el conocimiento de las enfermedades humanas y sus orígenes hasta el siglo XIX; con Laennec, Charcot, Hunter, Graves y Cooper en el Reino Unido, se ampliaron los límites de la medicina.

Siguiendo a Bernardi (2002), los antiguos médicos fueron principalmente recopiladores como Galeno; transitaron de la medicina empírica a la científica a través de la observación. Los médicos del Renacimiento ganaron la confianza con el poder de la observación individual y la convicción de hacer públicos sus hallazgos. A finales del siglo XIX la medicina hizo alianza definitiva con la ciencia y dejó las enseñanzas doctrinarias para analizar cada cosa con el método científico. Todos los principios establecidos fueron declarados hipótesis sujetas a prueba, rechazo o revisión, lo que ayudó a refinar la técnica de la observación. Pasteur declaró que el descubrimiento favorece a la mente preparada; por lo tanto, la observación por una persona bien entrenada podía conseguir mucho. Pasteur hizo honor a esta afirmación. Koch probó la naturaleza bacteriana de la infección. Claude Bernard hizo grandes avances en fisiología. Pavlov hizo del comportamiento un capítulo de la fisiología más que de la psicología.

Se descubrieron los rayos X y los médicos podían mirar el interior del cuerpo humano y descifrar sus misterios; el ojo se volvió el depositario y la fuente de claridad que abre la posibilidad de la experiencia clínica. El vocabulario débilmente erotizado del “encuentro” y de la “pareja médico-enfermo” abre al individuo concreto al lenguaje de la racionalidad (Foucault, 2009).

Con el progreso de la medicina moderna se obtuvieron varios logros importantes: el promedio de vida se incrementó de 45 a 70 años, y la medicina cambió el orden de las causas de muerte, alterando el destino de los seres humanos en relación con la enfermedad.

Las enfermedades infecciosas perdieron su poder, y los padecimientos de la vejez, como las enfermedades crónico-degenerativas, el cáncer y la salud mental, tomaron

importancia. Hoy en día podemos medir los avances de la medicina en una variedad de disciplinas y especialidades, lo que nos permite reflexionar más claramente hacia dónde se dirige el progreso, en el que la persona deja de considerarse como sujeto, se le fracciona corporalmente para su estudio, y se olvida su atención integral junto con su contexto familiar y social (Merrel, 2008).

No todas las historias son buenas. Escribió Merrel (2008), por ejemplo, que en 1631 Chamberlains inventó los fórceps obstétricos en Inglaterra, suceso que representa un patético ejemplo de cómo el afán de poder, la búsqueda insaciable de la fama y la codicia pueden empañar un acontecimiento científico importante. No pudo salvarse un número inimaginable de recién nacidos que perecieron en el canal del parto, o de madres que por presentar parto distócico³ tuvieron complicaciones, ya que Chamberlains mantuvo su descubrimiento en “secreto de familia”, para usarlo solo en su lucrativa práctica. Y así, por muchas generaciones su país y el mundo se vieron privados de ese gran avance técnico.

Merrel (2008) escribió que en 1844 Semmelweiss observó la fuente de la sepsis obstétrica⁴ en la práctica de lavarse las manos e higiene de los médicos, pero nunca le fue posible convencer a sus colegas de seguir sus recomendaciones a pesar de demostrar que más mujeres fallecían con atención médica que con comadronas. El amplio uso de los antisépticos esperó a Lord Lister en 1867, cuando gentilmente anunció al mundo los resultados de sus cuidadosas observaciones y sutilmente persuadió a las nuevas generaciones de médicos de aplicar estos conceptos de higiene. Hay muchos ejemplos de grandes descubrimientos que no han tenido impacto por largo tiempo porque el descubridor no es respetado o sus críticos tienen más credibilidad y poder.

En esa época, la clínica aparecía en la experiencia de los médicos como un nuevo perfil de lo perceptible y de lo enunciable, que sitúa al ser de la enfermedad con sus causas y sus efectos en tres dimensiones: ¿Qué tiene usted? ¿Dónde le duele a usted? ¿Qué observa? He ahí la relación del significante con el significado, ahora en la experiencia médica entre los síntomas que significan y la enfermedad que se significa, entre la descripción y lo que ella describe (Foucault, 2009). Si consideramos a la medicina sostenida en un discurso, el

paciente sería un indicador de signos y síntomas, no alguien que demanda, ya que la demanda a la que responde el médico(a) está sostenida por su ideal de curar.

El personal de medicina entrevistado considera en su discurso médico, que el sufrimiento y el dolor deberían homologarse a indicios de una enfermedad subyacente. No obstante, el cirujano francés René Leriche (1951), en su obra *Filosofía de la cirugía*, planteó una no obvia situación de que “el sufrimiento existe independientemente de una enfermedad reconocible, desde el punto de vista médico”, ligado por lo tanto a lo que el paciente experimenta. Así, realizó una distinción entre lo que llamó “la enfermedad del médico”, definible en virtud de signos admitidos desde su saber, y “la enfermedad del enfermo”, como lo que el enfermo vivencia en su singularidad. Sin embargo, en no pocas ocasiones se desestima lo que experimenta un paciente por no encontrarse entre aquello que los criterios médicos avalan; no poder nombrar desde el propio discurso médico aquello que aqueja a un paciente implica impotencia para el médico, que no puede atribuir sentido a los confusos síntomas que tiene ante sí. Esta situación de desconcierto impacta, a su vez, en el paciente y su familia, no pudiendo disipar su angustia ni identificar el origen de los síntomas. G. Canguillem señaló, en 1982, que al adquirir un estatuto científico, la enfermedad se separa cada vez más de lo que experimenta el interesado, por lo cual le parece necesario distinguir la enfermedad del enfermo de la enfermedad del médico.

A través de una práctica dominante, el campo médico en general tiende a comportarse hegemónicamente, apropiándose de un status que considera único para él. Las otras disciplinas se subordinan en calidad de "colaboradoras", para cubrir aquellos aspectos que la medicina deja de lado, porque los subestima o desconoce con relación al cuadro clínico que le interesa y los deja de lado incluso considerándolos obsoletos (Barrio, 2008)

En este contexto cultural aparece el psicoanálisis, que si bien su fundador era médico, es el primero en cuestionarse sobre los síntomas que carecían de un término técnico, subestimados pero que dificultaban la vida cotidiana de las pacientes histéricas. A continuación se muestra cómo el psicoanálisis intervino en la medicina.

I.2. El psicoanálisis de Freud

Freud trabajó en sus primeros años en la investigación fisiológica del sistema nervioso, en concreto el bulbo raquídeo; intentó colorear el tejido neuronal, lo que fue resuelto posteriormente por el italiano Golgi y el español Cajal en 1889. Trabajó en las parálisis infantiles, basando el centro de su investigación en la mecánica cerebral. Publicó dos textos ampliamente relacionados como *Afasia* y *Proyecto de una psicología para neurólogos* en 1885 (Carpintero, 1987).

Carpintero (1987) nos dice que su búsqueda de respuestas le hace interesarse al principio por la fisiología del sistema nervioso y la anatomía cerebral. Sin embargo se dedicó muy pronto a la psiquiatría para seguir los cursos de Charcot en la Salpêtrière, estudiar sus teorías y familiarizarse con las técnicas hipnóticas empleadas en el tratamiento de la histeria y de otros trastornos nerviosos. Freud provocó un corte radical con el discurso de la neurología, generando un discurso nuevo; introdujo una nueva forma de tratamiento de los síntomas neuróticos, ya que la medicina no le daba importancia a las causas verdaderas de estos síntomas. En la medicina, el médico tiene el saber; en el psicoanálisis es el paciente el que tiene el conocimiento que posibilita la cura. El psicoanálisis planteó una ruptura con los métodos empiristas de observación, auscultación, diagnóstico y tratamiento de la medicina del siglo XIX; con este método, parte de la premisa de que todo saber pasa por la subjetividad y genera conocimiento; que todo sujeto es atravesado por el lenguaje y se encuentra inmerso en considerables lagunas de no saber. En la interacción con sus pacientes, para Freud fue volviéndose más y más central la cuestión del inconsciente. Sus histéricas no sólo hablaban de sus síntomas, también narraban sus vidas, le compartían sus sueños, tenían actos fallidos, mostraban su vulnerabilidad y exponían ante él su vida afectiva y sus intimidades. Todo daba cuenta de que ellas poseían “un saber que no se sabe”, tenían manifestaciones subjetivas que excedían los límites de su registro consciente como en los “Estudios sobre la histeria” en el año 1895 (Freud, 2006).

Es importante resaltar que en esa época el ambiente médico terapéutico era, por cierto, el ideal para que emergiera lo inconsciente, dado que contaba con la legitimación social que justificaba el diálogo de los pacientes con el médico, con la mayor libertad posible: se trataba

de buscar una cura para síntomas molestos, álgidos, displacenteros. Freud fue tomando distancia de los métodos empiristas de la medicina, que no lograban esclarecer ni aliviar fenómenos como los síntomas histéricos y descubrió herramientas facilitadoras de la comprensión de la subjetividad. El lecho del enfermo se convirtió en un campo de investigación y de discursos científicos; pues hablar sobre el pensamiento de otros es hacer un análisis del significado que inicia una especie de psicoanálisis de los pensamientos (Navarro, 2007): construcción de discursos sobre discursos, la tarea de oír lo que ya se ha dicho, el lenguaje de nuestra cultura.

En cuanto a la etiología y causalidad de la histeria, vemos que para Freud en el psicoanálisis no hay una linealidad causa-efecto, sino un entramado de dos tiempos cronológicos, pues existen muchas soluciones. Por lo tanto, no es posible la verificación objetiva ni demostración alguna de su etiología, por lo que construye el dispositivo analítico en oposición explícita con la nosografía y el orden científico de la medicina de la época, en los que él creyó, donde la subjetividad del propio investigador logra ser ya no un estorbo, sino una herramienta que, a manera de radar, puede ser un indicador de importancia acerca de lo que ocurre en el sujeto al que no sólo se observa, sino que se investiga y analiza, privilegiando la escucha.

El tratamiento de la medicina del siglo XIX tenía la pretensión de alcanzar un conocimiento objetivo. Freud, con el psicoanálisis y el saber acerca de la subjetividad, nos dice que nada sucede en el ser humano, incluida la muerte, sin la participación de su psiquismo, de su deseo inconsciente. En psicoanálisis no se trata solo de hablar; eso sería pura catarsis a través de la cual el paciente se cura con el solo hecho de contar; no se trata solo de hablar porque el sujeto psíquico padece de una compulsión a la repetición. El sujeto tiende a relacionarse según antiguos modelos parentales inconscientes, y esto solo es modificable mediante el método de interpretación y construcción, en el que los operadores son la asociación libre y la transferencia. Una vez que el sujeto está en análisis, modifica la manera de relacionarse con el mundo.

Freud realizó una ruptura epistemológica al alejarse de los métodos tradicionales de la medicina e introducir la escucha de sus pacientes aquejadas de síntomas histéricos para la comprensión de sus padecimientos, que implicó la introducción de lo subjetivo en el campo del saber. Al mismo tiempo, anticipó el valor que la indagación acerca del inconsciente tendría como herramienta al servicio de las ciencias sociales. Aquí se plantean cuestiones como la relación del conocimiento que se califica de científico con la irracionalidad y con lo inagotable de nuestra ignorancia en la cultura; el potencial que significa en la búsqueda del saber, el compromiso del investigador con todo lo que él es en su trabajo, o sea, la utilización de su subjetividad como herramienta de investigación. Todo eso ocurrió en medio de una lucha por desprenderse de las concepciones de la ciencia y del saber vigente en su época.

El psicoanálisis como técnica hermenéutica no fue un descubrimiento casual ni repentino por parte de Freud, sino que tuvo una larga génesis y desarrollo, si se considera que la hermenéutica es una disciplina que se ocupa de la interpretación, resultado del simbolismo, un condicionante que no se puede suprimir en el conocimiento humano. Es por ello que si el mundo humano es simbólico, solo existe la posibilidad de ser sujeto en relación con el otro y lo otro, aunque sea a través de un objeto producido, ya sea un texto, discurso, obra de arte, etcétera, y en ese sentido favorece la libertad de decisión y elección. Además desafía a la Ilustración, en tanto que permite la huida de la tutela impuesta por la razón, el conocimiento y la ciencia, dando cabida a las experiencias personales, subjetivas e intersubjetivas de cada hablante, analista y analizante. Concebir las instituciones, acciones, imágenes, etcétera, como fenómenos “legibles”, interpretables, supone alterar nuestra percepción del mundo humano, así como orientar los procedimientos de estudio hacia un campo nuevo: la cultura (Molto y Tarragona, 2002).

Retomando estos conceptos y decepcionado de la hipnosis, Freud ensayó nuevas técnicas hasta comenzar la “terapia por charlas”, cuyo perfeccionamiento dará lugar a la técnica de la asociación libre, por medio de la que descubrirá el inconsciente y comenzará su “hermenéutica de la sospecha”, dada la notable ventaja de dar cabida a la intersubjetividad, que favorece distintas interpretaciones y confronta los diversos puntos de vista que se integran en el acto mismo de interpretar, conocer, crear, leer, pensar. Se trata de la anticosificación, el antidogmatismo necesario, para que se produzca el fenómeno de apertura

e interpretación, que no se puede ejercer, si no se está familiarizado con el significado de los símbolos, si no se toma en cuenta a la cultura.

Freud teorizó en medio de un materialismo médico de fin de siglo XIX. Entre los médicos de esta época aparece como ilustrado si se lo compara con ciertas producciones y subproducciones ideológicas actuales. A fines del siglo XIX, y sobre todo a principios del siglo XX, la propagación de la teoría psicoanalítica produjo un gran impacto dentro del ámbito académico y social en general. Dicha teoría refleja el surgimiento de un espacio en el cual el sujeto es capaz de pensarse a sí mismo, pues no sería posible pensar una teoría descontextualizada de su medio de origen.

I.3. Otras escuelas

I.3.1. Lacan y su retorno a Freud

En el contexto del materialismo social, Jacques Lacan lanza una crítica de derecha de base idealista, "estructuralista". Dicha crítica, la del discurso de Roma en 1953, en el Congreso Internacional de Psicoanálisis, se expresa en esta cita del Seminario XI: "el inconsciente está estructurado como un lenguaje". Lacan nos dice que desde Freud ha ocurrido algo nuevo: los descubrimientos de la lingüística. Por lo que sondeó intensamente en la estructura entre el psicoanálisis y la ciencia. Lacan dice que "cada vez que hablamos de causa siempre hay algo inconceptual, indefinido"; "sólo hay causa de lo que cojea" (Lacan, 1973, p.57). Por lo que solo encontramos entre la causa y el efecto la discontinuidad. Es por función simbólica, que se constituye como un universo en el interior del cual todo lo que es humano debe ordenarse, por lo que se instaura un nuevo orden de las ciencias (Guilañá, 2010).

En 1964, en el Seminario XI Lacan menciona:

Desde antes de que se establezcan relaciones que sean propiamente humanas, ciertas relaciones ya están determinadas, están tomadas en todo lo que la naturaleza puede ofrecer como apoyo que se dispone en temas de oposición. La naturaleza ofrece, para decir la palabra, significantes, y estos significantes organizan de modo inaugural las relaciones humanas, las estructuran y las modelan.

Esto significa que la tesis fundamental del lacanismo, "el inconsciente está estructurado como un lenguaje", tiene como base no la unidad científica entre la teoría (freudiana) y la práctica (psicoanalítica), sino la vieja fantasía teológica y metafísica de que el verbo es el creador de las cosas.

I.4. Imagen corporal

En la subjetividad del personal de salud que atiende a las mujeres parece distorsionarse la imagen corporal de la mujer misma. La Escuela Hipocrática del cuerpo, con su concepción dinámica, humoral y espiritual, establece que el enfermo es el paciente. Otra corriente, representada por la Escuela Knidos, de orientación materialista y organicista, piensa que el paciente tiene una enfermedad. Frente a estas perspectivas, también nos encontramos otras visiones; en la actualidad surge la medicina psicosomática, que intenta enfocar la medicina en su conjunto, es decir mente y cuerpo; vuelve a introducir los aspectos subjetivos y emerge como reacción ante la medicina científica que excluye al sujeto. En este contexto, la clínica psicoanalítica procede de la medicina, de la clínica psiquiátrica que se reducía a clasificar los casos encontrados como trastornos del alma.

Para ciertas tradiciones dualistas, el cuerpo es la prisión del alma (Platón) o un cadáver potencial, como dice Descartes en las *Meditaciones*: "Toda esa máquina compuesta por carne y hueso, tal como aparece en un cadáver, a la cual daba el nombre de cuerpo". ¿Qué cuerpo se atiende desde la obstetricia? "La visión del cuerpo como máquina facilitó el desarrollo de una biología apoyada en las ciencias fisicoquímicas, pero dificultó la comprensión de la compleja interrelación de lo biológico con lo psicológico y lo sociocultural" (Szucman, 2009, p. 16).

De lo anterior se desprende que el cuerpo del que habla el psicoanálisis no guarda relación con el cuerpo de la biología. En realidad ambos, el psicoanálisis y la biología, junto a las demás disciplinas, hablan del mismo cuerpo. Se podría decir que no hablan de la misma manera, pero incluso esta afirmación habría que relativizarla, pues frente a ciertos problemas es necesario encontrar un modo de hablar que sea comprensible para todos. El psicoanálisis puede ir muy lejos en la comprensión de la geografía inconsciente del cuerpo; pero puede también quedar preso de los aspectos lingüísticos. La biología a su vez puede caer en

visiones reduccionistas, pero puede también reconocer, como lo hace Kendel (2000), que el siglo actual será, para las neurociencias, el siglo de la memoria y del deseo.

Sin embargo existe un único cuerpo del que hablan los poetas, que es comercializado por la moda, entregado al amor, desvitalizado por la depresión, herido por la violencia o sanado por el calor humano.

Para el ser humano, el cuerpo no coincide con su organismo. El cuerpo aparece como un esquema mental. Es algo que se construye a través del lenguaje y precisará de un organismo vivo y de una imagen, Gestalt visual, que le dará la unidad. Para poder tener una imagen de sí mismo, el infans debe recurrir, sin saberlo, al trámite simbólico. Necesita la presencia de personas a su alrededor que le nutren con palabras y significantes ya mucho antes de nacer, y es este circuito el que le permitirá construir una imagen de su cuerpo unificado.

Es, por lo tanto, necesario el mundo simbólico. Para poder llegar a la asunción de la vivencia del propio cuerpo, el sujeto-niño tiene que ser hablado por sus predecesores, formar parte del contexto familiar, de sus ideales o rechazos, de su medio social histórico, etcétera. Es a partir de este lugar simbólico, rodeado de palabras, que su cuerpo tendrá un lugar en la humanidad, será identificado con un nombre y persistirá después de su muerte en la memoria de los otros. Será pues el lenguaje, el que nos atribuirá un cuerpo y después nos lo otorgará al unificarlo.

Para Lacan ese cuerpo unificado (cuerpo de la imagen) del que hablábamos anteriormente, surge como un efecto de lo simbólico (lenguaje) sobre lo real del cuerpo (organismo vivo). Habría en el cuerpo alguna parte resistente a la simbolización, algo no afectado por el lenguaje, fuera de la simbolización, a la que Lacan llama goce, y es en relación a él donde sitúa la psicósomática.

El médico y el terapeuta tienen el mandato expreso de curar siempre que sea posible, y entienden por curar el retorno a un estado anterior, lo que no puede ser el objetivo del psicoanálisis. El psicoanalista asume el deseo de limitarse a buscar el origen del malestar y el paciente decidirá qué quiere hacer con ese saber; el analista promueve en cambio, la

responsabilidad así como la voluntad del sujeto. En *Psicoanálisis y medicina*, Lacan sitúa en 1966 este punto:

Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente, hay goce en el nivel en el que comienza a aparecer el dolor. (Lacan, 1966, p 14).

Este goce puede ser interpretado por el sujeto y sabemos que es solo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo aparece velada.

En medicina, los síntomas son manifestaciones perceptibles de una enfermedad subyacente. El concepto de síntoma se afirma entonces sobre una distinción entre los fenómenos (objetos que se pueden experimentar directamente) y sus causas ocultas, que no se pueden experimentar, sino que hay que inferir. Para el psicoanálisis los síntomas neuróticos son formaciones del inconsciente. Siempre se constituyen en una solución de compromiso entre dos deseos conflictivos. La represión que actúa como barrera del inconsciente desconocido, sólo se hace accesible a través de las formaciones del inconsciente: los sueños, los lapsus, los actos fallidos y los síntomas neuróticos. Estos son símbolos desplazados y condensados a través de asociaciones, que los alejan de sus orígenes como en una cadena y sólo pueden ser hallados a través de la asociación libre del tratamiento psicoanalítico. El síntoma, por lo tanto, radica en el retorno de lo reprimido; la historia de vida personal determina la actuación del sujeto a través del discurso inconsciente que lo atraviesa.

Son los médicos quienes encuentran síntomas neuróticos, y enfermos que también cuestionan el saber médico, o por un desencadenamiento brutal de la enfermedad, brotes rebeldes al tratamiento, demandas peculiares, sujetos con discursos especiales que dificultan un diagnóstico nosológico. Sin embargo, como dicen algunos doctores: "o te haces cargo de ellos o se pierden". ¿Qué entendemos por "hacerse cargo de ellos?". Podemos decir que se encuentran con pacientes que no se preguntan ni cuestionan su enfermedad, que toleran al

médico en el lugar del que sabe y lo ubican en una situación de poder, pues les es difícil abrir un proceso de subjetivación.

Por otro lado, cuando nos situamos en el campo de las ciencias de la salud, las preguntas relevantes son cómo mantener y promover la salud, limitar y combatir la enfermedad y recuperar el funcionamiento pleno de la persona. Los resultados buscados pueden resumirse en tres variables: cambios en la morbilidad, en la mortalidad y en la calidad de vida. ¿Son estas preguntas relevantes para el psicoanálisis? Tal vez para algunos analistas la respuesta sea no: enfermar o curar, dirán, son sin duda importantes para el paciente y su calidad de vida y, si se quiere, también interesan al psicoanalista en cuanto ser humano y como problemas de salud pública, pero no atañen al psicoanálisis, el cual debe mantenerse atento solo al inconsciente. Sin embargo, Freud postuló al inconsciente precisamente por su capacidad de producir efectos. Lo postuló allí donde las cadenas de pensamientos conscientes no alcanzaban para explicar y para modificar lo que ocurría en el paciente; por lo tanto, la importancia del diálogo del psicoanálisis con las ciencias de la salud para solventar los criterios de evidencia o de prueba, deben colocarse al comienzo en la agenda de las conversaciones, ya que el psicoanálisis puede aportar a los estudios de calidad de vida su comprensión sobre la vida psíquica humana; por ejemplo, en los aspectos relacionados con la agresividad primaria; la relación entre el apego y el intercambio verbal durante las intervenciones terapéuticas que abren a su vez múltiples caminos a la investigación y sirven para el intercambio con otras disciplinas.

La investigación actual muestra que la enfermedad orgánica constituye una situación traumática importante. El concepto de estrés hace referencia al modo de respuesta del organismo frente a un sobre esfuerzo que se origina en fuentes internas o externas, y que le exigen poner en juego sus mecanismos de adaptación. El psicoanálisis ha estudiado estos mecanismos desde el ángulo de la psicopatología con el nombre de mecanismos de defensa. A su vez, la psicología cognitiva ha examinado los mecanismos normales de afrontamiento o *coping*. Las diferencias entre defensa y afrontamiento y su continuidad o discontinuidad son materia aún de discusión. Pero lo que resulta interesante es que la investigación actual tiende a mostrar que las estrategias de afrontamiento activas, la actitud de aceptación del

diagnóstico y el espíritu de lucha (Watson y Greer, 1998) tienden a acompañarse de una sobrevida mayor en el caso del cáncer (otras enfermedades pueden requerir otro tipo de adaptación). Por el contrario, el predominio de mecanismos de tipo pasivo, que implican una actitud de desamparo y desesperanza, se asocian a una sobrevida menor en el cáncer y a una peor respuesta a los tratamientos. Si bien la evaluación de la acción del psicoanálisis y de las psicoterapias en términos de morbilidad y mortalidad es aún una tarea a largo plazo, existe una variable más próxima, la calidad de vida relacionada con la salud, que reviste una particular importancia teórica y práctica. Teórica, porque da expresión a una concepción biopsicosocial de la salud y la enfermedad, tomando en cuenta la subjetividad del paciente, sus valores y su sentido de la vida. Práctica, porque apunta a determinar las consecuencias de las decisiones terapéuticas en términos de cambios en la vida cotidiana de los pacientes, sirviendo de puente, de ese modo, con la metodología empleada habitualmente para evaluar los resultados del psicoanálisis y las psicoterapias. “El psicoanálisis ha desempeñado un papel en la dirección de la subjetividad moderna definiéndola como función y campo de la palabra” (Lacan, 1956, p 34).

En la actualidad las neurociencias designan a una cantidad de estudios que sobre el sistema nervioso realizan disciplinas como la biología, la fisiología, la química, la física, la genética, la psiquiatría y la farmacología. La polémica psicoanálisis / neurociencias, surge a partir de que los avances tecnológicos en el diagnóstico por imágenes del cerebro permiten la observación del funcionamiento del mismo y ponen en evidencia que la distribución de las actividades eléctricas y químicas de territorios cerebrales varía de manera característica con los distintos estados emocionales del sujeto. Los investigadores se interrogan acerca de la percepción, el pensamiento, los sentimientos, la voluntad, la conducta intencional y la conciencia, cómo actúan estos elementos de distinta manera en el sujeto, y la traducción tan diferente para el psicoanalista y el médico.

Parece necesario ubicar el lugar de la medicina hoy, interrogándola sobre su relación con la ciencia. ¿Qué la distingue de la ciencia?, ciencia que, siguiendo a Lacan, “universaliza al sujeto hablante”. ¿Qué orienta la práctica médica? ¿Hasta dónde responde a la demanda totalizadora del mercado? Pues para Clavreul la medicina queda relegada al rango de

“aplicación de la ciencia”; no es una ciencia pura, ya que debe tener en cuenta el “factor humano”, con todo su entorno y cúmulo de emociones (Campolongo, 2011).

En el psicoanálisis, sabemos que los síntomas son modos de gozar de cada uno. E. Laurent (2005), en su conferencia “La extensión del síntoma hoy”, señala que los síntomas se segregan unos a otros, puesto que no hay sentido común de los diversos tipos de síntomas, lo que en psicoanálisis hace única la aparición del síntoma. La medicina, por su parte, hace uso de las clasificaciones, operando estas dentro de un discurso que tiene sus propias leyes. Sabemos que para sostener este discurso, la subjetividad no interviene. La fuerza de este discurso se sostiene independientemente de quien lo enuncia y de quien lo escucha. Así, tenemos que en relación al diagnóstico, el médico(a) queda cautivo en una categoría nosológica preparada de antemano por una Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10), a la que obligan los acuerdos tomados en la Organización Mundial de la Salud 2008.

Por otro lado, Lacan expresó en Ginebra, en la Conferencia sobre el Síntoma realizada en 1975, que lo propio de la experiencia es preparar casillas, contraponiendo esto a la recomendación freudiana de no poner un caso en un casillero por adelantado; una multitud de recuerdos del mismo asunto acaban por constituir la fuerza de una única experiencia, que se constituye por el recuerdo de casos particulares semejantes ante situaciones particulares semejantes. La inferencia basada en la experiencia va, por lo tanto, de algunos casos particulares recordados a algún otro caso particular, sin que llegue a establecerse explícitamente una regla general aplicable a todos los casos. Nos resulta especialmente interesante que en las conversaciones con los médicos, estos no dejen de referirse, para dar realce a su práctica, a su experiencia de un caso en particular.

El fenómeno psicósomático en la enfermedad del sujeto, no implica una posición subjetiva o una estructura, sino que se presenta como un punto de silencio del sujeto. Es frecuente que la irrupción de dichos fenómenos esté enlazada con situaciones que han implicado una pérdida significativa. Si bien esto solo puede situarse en la singularidad de cada caso, podemos preguntarnos respecto de aquello que se hace presente en lo real del cuerpo: lesión, tensión, dolor reacción en lugar de elaboración de duelo; duelos detenidos,

congelados, de los que el cuerpo toma nota. Una tríada planteada por Freud entre 1925-1926, al final de “inhibición, síntoma y angustia”: angustia, dolor y duelo; se pregunta acerca de la diferencia entre angustia y duelo referidas a la pérdida de objeto: si el duelo es la reacción ante la pérdida de un objeto, ¿qué lo diferencia de la angustia? La angustia marca un lugar de tránsito, un pasaje de una posición de goce a una posición deseante, en tanto supone el encuentro con la inconsistencia del Otro.

El deseo del Otro se hace presente en las preguntas ¿qué quiere?, ¿qué me quiere?, ¿qué quiere el Otro de mí? Las operaciones de constitución del sujeto en su dependencia al campo del Otro: alienación y separación. El duelo, que se presenta como reacción frente a una pérdida, supone un pasaje, una labor que implica el retiro de la libido de sus vínculos con el objeto perdido. Lacan (1966) extiende esta definición señalando que “no estamos de duelo sino por alguien de quien podríamos decir yo era su falta”. Lo perdido en lo real requiere de una inscripción simbólica. Es esta la función de las ceremonias y los ritos que rodean al duelo, en tanto andamiaje simbólico que establece un tiempo de elaboración destinado a bordear el vacío creado por la pérdida, para darle alguna inscripción real. El inconsciente está estructurado como un lenguaje, está hecho de palabras, con las que un sujeto ha pensado su historia.

La evolución del tiempo decidirá sin duda cuál será en última instancia la relación entre psicoanálisis y medicina, pero esto no significa que nosotros no tengamos que influir sobre el destino, que no debemos darle forma por nuestros propios esfuerzos. Por una parte el psicoanálisis, no sin cierto cinismo, abundante en la personalidad de los psicoanalistas; y por otra el médico, con cierta ironía cansada, quien remarca el único destino reconocido para él, el proceso científico, que le permite durar a través de una transformación incesante y poseer el poder del saber ante el enfermo; ambos deberán entablar un diálogo constante y permanente que les ayude a comprender la complejidad del sujeto.

Es necesario conectar los puntos de nuestra historia del pasado con nuestro presente, y proyectar de alguna manera esta línea hacia el futuro para predecir el cambio y el rumbo que va a seguir la medicina, así como su interrelación con otras ciencias como la filosofía, el psicoanálisis y la ética. Entiéndase lo anterior como cuerpo único complejo, cuyo mapa es

construido por múltiples disciplinas. Cada una de estas disciplinas, incluido el psicoanálisis, es consciente de que su conocimiento es parcial y fragmentario y que vale dentro de los límites de su método, pero también sabe que cada una de estas disciplinas ofrece indicaciones precisas que pueden orientar la búsqueda de las demás, pues todos ellos se refieren al mismo cuerpo real.

CAPÍTULO II. EL ROL MÉDICO Y LA PACIENTE GINECOBSTÉTRICA

Introducción

El cuerpo femenino, a lo largo de la historia, ha sido fragmentado para su estudio. Las mujeres históricas son atendidas por diferentes especialistas, pero es innegable que ellos no han podido separar a las mujeres y su lenguaje, para estudiarlas. No pueden dejar de explorar sus historias clínicas a partir de sus historias de vida.

La subjetividad se construye a lo largo de esta historia y se muestra en cada acto que hacemos. Se construye a partir del contacto con el exterior, las relaciones que se establecen primero con los padres, familiares cercanos y cuando se ingresa a nivel escolar. Para los(as) médicos(as), la parte de la formación profesional es trascendente en la construcción de esta subjetividad: el contacto con sus maestros, con los libros, con las pacientes en la relación diaria, son sin duda elementos que determinarán el manejo terapéutico que brindarán a las pacientes durante su desempeño laboral.

Como ya dijimos, la subjetividad se conforma desde la edad temprana; el cómo se transite por las diferentes etapas del desarrollo psicosexual conformará la estructura psíquica con la que se pondrá el sujeto en contacto con su mundo externo.

Es importante no olvidar que la decisión de elegir una profesión tiene que ver con esta subjetividad construida; por ello no podemos dejar de preguntar cómo ocurre este proceso en esos profesionales de la salud que han hecho que su percepción del cuerpo femenino se reduzca solo a un cuerpo provisto de órganos reproductores y sea esto lo que atiendan. En

qué parte de este proceso de conformación de su subjetividad crearon conceptos de mujer sin tomar en cuenta su feminidad y solo la concibían a partir de lo femenino, es decir, en el ámbito de un cuerpo sexuado con la capacidad de procrear. Esta limitada concepción le quita a la mujer el resto de atribuciones sociales que ella ha construido en su subjetividad, como sus deseos sexuales y su necesidad de ser algo más que un animal que se reproduce.

Si en la construcción de esta subjetividad, las y los médicos han equiparado el concepto de sexo con género y lo han introyectado así, nos enfrentamos a problemas como el que se trata de evidenciar en esta investigación: que estas subjetividades así formadas solo son capaces de ver cuerpos y no mujeres.

Las razones de cómo se relacionan las subjetividades del médico obstetra y la paciente obstetra están sin duda marcadas por la construcción cultural y social de lo que implica ser mujer, pero la trascendencia de esta relación estriba en que la mujer depende de la subjetividad de este otro para el cuidado de su salud: la construcción psíquica que el y la obstetra tengan es determinante en la atención que brindan a las mujeres gestantes.

Es pues necesario hacer un recorrido por este proceso del desarrollo psicosexual y las teorías sexuales postuladas por Freud y buscar una posible respuesta a esta interrogante, que si bien no es algo que podamos cambiar, sí es posible crear una percepción diferente de animal reproductor a mujer en etapa reproductiva.

II.1. Desarrollo sexual y carácter.

Al explorar y comprender los orígenes de las fuerzas que residen en las profundidades de nuestro ser, podemos obtener una comprensión más profunda del ser humano. En 1906, Freud conceptualizó al inconsciente como la parte de nuestra vida psíquica más extensa, de la que no somos conscientes: impulsos e ideas, deseos y miedos que operan en forma oculta y que ejercen una poderosa influencia en nuestras actitudes y comportamientos. Planteó como hipótesis que la sexualidad de los niños atraviesa una sucesión de etapas de desarrollo en los primeros trece años de vida aproximadamente. Cada una de esas etapas se

caracteriza por la libidinización de una parte diferente del cuerpo, apoyada en el placer que produce la satisfacción de una necesidad fisiológica. Freud sostenía que estas etapas del desarrollo, así como las reacciones de la madre y el padre ante estas etapas, y la manera como el niño maneja esas reacciones, tienen efectos en la conformación de la subjetividad de la persona, que se muestra en sus actos.

II.2. Etapas del desarrollo sexual o de la evolución libidinosa en el infante

Es necesario mostrar las etapas del desarrollo, pues estas nos conforman como sujetos. Nos constituimos a partir de pasar por las diferentes fases que describió Freud, como fases de desarrollo de la organización sexual. En 1905 escribió:

¿Con qué medios se ejecutan estas construcciones tan importantes para la cultura personal y la normalidad posteriores del individuo? Probablemente a expensas de las mociones sexuales infantiles mismas, cuyo aflujo no ha cesado, pues, ni siquiera en este período de latencia, pero cuya energía –en su totalidad o en su mayor parte– es desviada del uso sexual y aplicada a otros fines.

¿Para qué fines los dirigen en la adultez los profesionales ginecobstetras? Nos dice Freud en este mismo texto:

Los historiadores de la cultura parecen contentos en suponer que mediante esa desviación de las fuerzas pulsionales sexuales de sus metas, y su orientación hacia metas nuevas (un proceso que merece el nombre de *sublimación*), se adquieren poderosos componentes para todos los logros culturales. Agregaríamos, entonces, que un proceso igual tiene lugar en el desarrollo del individuo, y situaríamos su comienzo en el período de latencia sexual de la infancia. (Freud, 1905, pp. 160-161)

- **Fase oral:** Desde el nacimiento hasta aproximadamente los dieciocho meses, el placer sexual está ligado predominantemente a la excitación de la cavidad bucal y de los labios, que acompaña a la alimentación. Proporciona las significaciones electivas mediante las cuales se expresa y se organiza la relación de objeto, o sea la relación de amor con la madre; es una fase que está subdividida a su vez en dos periodos: la succión o fase oral precoz, y la mordedura o fase oral sádica. El fin sexual consiste en

la asimilación del objeto, modelo que después desempeñará un importantísimo papel psíquico en el proceso de identificación.

- **Fase anal:** Desde los dieciocho meses hasta aproximadamente los tres años, el niño considera los excrementos como una parte de su cuerpo y les da la significación de un “primer regalo”, con el cual muestra su docilidad a las personas que le rodean o su negativa a complacerlas, y es en esta fase que la diferencia de los sexos es representada por la antítesis de actividad y pasividad. La actividad sexual en esta fase está representada por la pulsión⁵ de aprehensión; como órgano con fin sexual pasivo, aparece principalmente la mucosa intestinal como zona erógena.
- **Fase fálica y el complejo de Edipo I:** Debido al complejo de castración, desde los tres años hasta aproximadamente los siete, el infante no reconoce más que un órgano genital, el masculino, y la diferencia de los sexos equivale a la oposición fálico-castrado de la niña. Freud subraya que es imposible apreciar en su justo valor la significación del complejo de castración a menos que se tenga en cuenta que sobreviene en la fase de la primacía del falo. Freud precisa además que se ha observado que el niño, ya con anterioridad, ha adquirido la representación de un daño narcisista por la pérdida del pecho materno después del destete; a partir de la entrega cotidiana de las heces, e incluso desde el nacimiento, a partir de la separación respecto del cuerpo de la madre. No obstante, se habla del complejo de castración a partir del momento en que esta representación de la pérdida se vincula con el órgano genital masculino. Lo que aporta la fase fálica es entonces el goce del objeto originariamente narcisista, objeto proscrito en tanto que es incestuoso; bajo la amenaza de castración, su abandono consagrará la renuncia a ese goce, cuya promesa vehiculizaba el órgano fálico. De este modo se pone en evidencia la genitalidad infantil: el niño, que imagina en el pene su completamiento, debe renunciar al objeto sexual, su madre, para resguardar su integridad por la amenaza de castración, y así logra superar el complejo de Edipo. La niña, desprovista del atributo privilegiado, desgracia que atribuye a su madre, ahora odiada, ingresa al Edipo ya castrada y se dirige al padre con el anhelo de una restitución bajo la forma de un hijo, deseo que no hace desaparecer totalmente la

envidia del pene. Su salida del Edipo es menos definida. Los núcleos de género ya están instalados en el tiempo preedípico. El complejo de Edipo se resuelve con una elección de objeto del sexo contrario y la identificación con el progenitor del mismo sexo, situación que en todos los humanos entraña la máxima importancia para la estructuración definitiva de la vida erótica.

- **Fase de latencia:** Desde los siete años hasta la pubertad, representa una etapa de detención en la evolución de la sexualidad, durante la cual se observa una disminución de las actividades sexuales, la desexualización de las relaciones de objeto, de los sentimientos y especialmente el predominio de la ternura sobre los deseos sexuales y la aparición de sentimientos como el pudor, el asco, las aspiraciones morales y estéticas. Es una fase que tiene su origen en la declinación del complejo de Edipo y que realiza una transformación de las catexis de objetos en identificaciones con los padres y un desarrollo de las sublimaciones a través de la adquisición de conocimientos. Durante todo el período de latencia, el niño aprende a amar a las personas que satisfacen sus necesidades y le auxilian en su carencia de adaptación a la vida. Aprende a amarlas conforme al modelo y como una continuación de sus relaciones de lactancia con la madre o la nodriza, como la succión del niño del pecho de la madre, modelo de toda relación erótica. El hallazgo de objeto no es realmente más que un retorno al pasado. De estas primeras y más importantes posiciones libidinales queda gran parte como resto, después de separada la actividad sexual, de la alimentación. Este resto prepara la elección del objeto, que ayuda a volver a constituir la felicidad perdida.
- **Complejo de Edipo II:** Se desarrolla en la pubertad. Esta fase corresponde a la elección del objeto de amor y viene condicionada a la vez por la investidura de objeto y las identificaciones inherentes al complejo de Edipo y por la prohibición del incesto, así como el acceso a la genitalidad, aun cuando esta no queda en modo alguno garantizada por la sola maduración biológica. La organización genital presupone la instauración de la primacía del falo, y aquella difícilmente se puede considerar establecida sin que se resuelva la crisis edípica de esta etapa por el camino de la identificación, y tiene importantes efectos sobre la estructuración de la personalidad. En

la génesis de la tónica intrapersonal, Freud relaciona este papel estructurante con haber resuelto adecuadamente las fases de evolución libidinal anteriores, o sea la declinación del complejo de Edipo y la entrada en el período de latencia. Según Freud, en el caso ideal equivale a una destrucción, una supresión del complejo de Edipo. Cuando el yo no logra más que una represión del complejo, éste permanece en el ello, en estado inconsciente y más tarde manifestará su acción patógena; Freud discute los diferentes factores que provocan esta declinación. En el niño, la amenaza de castración por el padre posee un valor determinante en esta renuncia al objeto incestuoso, y el complejo de Edipo termina de forma relativamente abrupta. En la niña la relación entre el complejo de Edipo y el complejo de castración es muy distinta: mientras que el complejo de Edipo del niño se halla minado por el complejo de castración, el de la niña se hace posible y es introducido por el complejo de castración.

- **Fase genital:** En el caso ideal, corresponde a un ingreso a la vida erótica sana del adulto después de la pubertad (Freud, 1905).

Es durante estas fases de desarrollo sexual infantil, donde generalmente las personas que están a cargo de la crianza casi siempre le dejan en claro al niño que los deseos y las fantasías propias de su desarrollo psicosexual están prohibidas, por lo que deben ser excluidos de la conciencia. Por lo tanto, sus deseos y fantasías se convierten en motivaciones importantes y particularmente influyentes de lo inconsciente por el resto de su vida (Freud, 1905).

Sin embargo, debemos reconocer que la vida sexual infantil, por grande que sea el predominio de las zonas erógenas, tiene tendencias orientadas hacia un objeto sexual exterior. A este orden pertenecen las pulsiones de contemplación, exhibición y crueldad, que más tarde se enlazarán estrechamente a la vida genital, pero que existen ya en la infancia, aunque con plena independencia de la actividad sexual erógena. El niño carece en absoluto de pudor y encuentra en determinados años de su vida un inequívoco placer en desnudar su cuerpo, haciendo resaltar especialmente sus órganos genitales. La contrapartida de esta tendencia, considerada perversa, es la curiosidad por ver los genitales de otras personas, y aparece en años infantiles algo posteriores, cuando el obstáculo que supone el pudor ha

alcanzado ya un determinado desarrollo. Bajo la influencia de la seducción, la curiosidad perversa puede alcanzar una gran importancia en la vida sexual del niño. La pulsión de contemplación puede surgir en el niño como una manifestación sexual espontánea. Aquellos niños de corta edad, cuya atención ha sido dirigida alguna vez y en la mayoría de los casos por medio de la masturbación sobre sus propios genitales, suelen encontrar un vivo interés por los genitales de sus compañeros de juego. Dado que la ocasión de satisfacer tal curiosidad no se presenta generalmente más que en el acto de la satisfacción de las dos necesidades fisiológicas, estos niños se convierten en voyeristas; esto es, en interesados espectadores de la expulsión de la orina o de los excrementos, de otra persona. Tras de la represión de estas tendencias, frecuentemente se conserva la curiosidad de ver los genitales de otras personas del sexo propio o del contrario como un impulso martirizador que en algunos casos de neurosis constituye la más enérgica fuerza pulsional de formación de síntomas.

Es necesario reconocer que el niño puede hacerse polimórficamente perverso bajo la influencia de la seducción, es decir, ser inducido a toda clase de extralimitaciones sexuales que guían a los niños tempranamente hasta el objeto sexual del que en un principio no siente necesidad alguna la pulsión sexual infantil.

Con una independencia aún mayor del resto de la actividad sexual, ligada a las zonas erógenas, se desarrollan en el niño los componentes crueles de la pulsión sexual. La crueldad es algo que forma parte del carácter infantil, dado que aún no se ha formado en él la compasión, obstáculo que detiene a la pulsión de aprehensión ante el dolor de los demás. La impulsión cruel proviene de la pulsión de dominio y aparece en la vida sexual en una época en la cual los genitales no se han atribuido todavía su posterior papel. Por tanto, la crueldad predomina durante toda una fase de la vida sexual: la pulsión de saber infantil es atraída y hasta quizá despertada por los problemas sexuales en edad sorprendentemente temprana y con insospechada intensidad. Al respecto Freud propone las tres teorías sexuales infantiles:

II.3. Teorías sexuales de Freud.

Es imprescindible retomar el texto de Freud que nos sirve de título, para acercarnos a la conformación de la subjetividad del personal de salud que atiende a las mujeres embarazadas. Para después plantear sus teorías sexuales.

Partimos de las aberraciones de la pulsión sexual con referencia a su objeto y a su meta; nos preguntamos si ellas surgían a consecuencia de una disposición innata o se adquirían por las influencias de vida. Obtuvimos la respuesta a partir de la intelección de las circunstancias que rodean a la pulsión sexual en el caso de los psiconeuróticos –un grupo numeroso de seres humanos, no distante de los sanos. Fue la indagación psicoanalítica la que nos procuró esa intelección. Hallamos, pues, que en esas personas las inclinaciones a todas las perversiones eran pesquisables como poderes inconscientes que se traslucían como formadores de síntomas. Pudimos afirmar que la neurosis es, en cierto modo, un negativo de la perversión. Reconocimos entonces que las inclinaciones perversas están muy difundidas; y dado ese hecho, se nos impuso este punto de vista: la disposición a las perversiones es la disposición originaria y universal de la pulsión sexual de los seres humanos, y a partir de ella, a consecuencia de alteraciones orgánicas e inhibiciones psíquicas, se desarrolla en el curso de la maduración la conducta sexual normal. Alentamos entonces la esperanza de descubrir en la niñez esa disposición originaria; entre los poderes que circunscriben la orientación de la pulsión sexual, destacamos la vergüenza, el asco, la compasión y las construcciones sociales de la moral y la autoridad. (Freud, 1905, pp. 211)

- 1. Primera teoría sexual.** Se caracteriza porque el niño desconoce las diferencias sexuales. Freud reconoce como una característica infantil, atribuir a toda persona, incluso a las de sexo femenino, órganos genitales masculinos como los que el niño conoce por su propio cuerpo. El pene en la infancia es la zona erógena directiva y el principal objeto sexual autoerótico; y el valor que el niño le concede se refleja lógicamente en una imposibilidad de representarse a una personalidad análoga a él, sin un elemento tan esencial.

2. La segunda teoría sexual. Es el grave problema que se plantea al pensamiento infantil, suscitado generalmente por la aparición indeseada de un hermanito o hermanita. Es esta la pregunta más antigua y ardiente de la humanidad. Aquellos que han aprendido a descifrar el oculto sentido de los mitos y las tradiciones, la perciben ya, en el enigma que la esfinge tebana propone a Edipo. Las respuestas habituales hieren el honrado instinto de investigación del niño y defraudan por vez primera la confianza en sus padres. A partir de aquí comenzará a desconfiar de los adultos y a ocultarles sus pensamientos más íntimos. Su investigación parte de la gestación como interrogante: saber que el hermanito se forma dentro del cuerpo de la madre no es, desde luego, una explicación suficiente. ¿Cómo penetra en él? ¿Quién provoca su desarrollo? Es muy probable que el padre tenga algo que ver en ello, puesto que declara que el niño es "suyo". Por otro lado, la excitación que el niño siente en sus órganos genitales siempre que maneja en su pensamiento estas cuestiones, le hace sospechar que el pene ha de tener alguna intervención en tales enigmáticos procesos. A esta excitación se enlazan, además, impulsos que el niño no acierta a explicarse, oscuros impulsos a un acto violento, a una penetración, romper algo o abrir un agujero en alguna parte. Pero cuando el niño parece hallarse así en el mejor camino para postular la existencia de la vagina y descubrir, en la penetración del pene paterno en el cuerpo de la madre, el acto por medio del cual nace la criatura en el seno materno, queda bruscamente interrumpida la investigación al tropezar con la teoría de que la madre posee también un pene. La existencia de la cavidad que acoge al pene permanece, pues, ignorada por el niño; el fracaso de sus meditaciones le hace cesar en ellas y olvidarlas más tarde. Pero tales cavilaciones y dudas se constituyen en prototipo de todo proceso mental ulterior encaminado a la solución de problemas; el primer fracaso ejerce ya, para siempre, una influencia paralizante. Con el desconocimiento de la vagina se afirma también en el niño la segunda de sus teorías sexuales. Si el niño se forma dentro del cuerpo de la madre y se desprende luego de él, tal separación no puede tener efecto sino por un solo camino, esto es, por el conducto intestinal. El niño es expulsado como un excremento. Otra de las teorías infantiles, es la de que los niños se conciben al comer alguna cosa determinada como en las fábulas y salen del intestino como en el acto excrementicio. Estas teorías del

niño recuerdan la forma del parto en el reino animal, y especialmente la cloaca de aquellos tipos zoológicos de especies inferiores a los mamíferos. Si los niños son paridos por el ano, también el hombre puede parirlos. Así, pues, el niño puede fantasear que da a luz a un hijo. Tales fantasías no son sino un resto de actividad de su erotismo anal.

3. La tercera teoría sexual infantil. Surge cuando los niños llegan a ser testigos casuales del coito en los adultos aunque, naturalmente, no hayan conseguido más que una percepción muy incompleta del mismo. Pero cualquiera que haya sido el objeto de su percepción, la actuación recíproca de los dos protagonistas, los ruidos o movimientos, la interpretación del niño es siempre de carácter sádico: ve en él algo que la parte más fuerte impone violentamente a la más débil y lo compara, sobre todo tratándose del niño varón, con una lucha cuerpo a cuerpo, como las que sostiene con sus camaradas de juego, que no dejan de integrar una cierta mezcla de excitación sexual. Las huellas de sangre en las sábanas o en la ropa interior de la madre confirman también las hipótesis sádicas del niño, que ve en ellas una prueba de que el padre ha repetido durante la noche sus violencias. El psicoanálisis nos demuestra que tal impresión, recibida en temprana edad infantil, tiene gran importancia para originar una predisposición a un posterior desplazamiento sádico del fin sexual. El “horror a la sangre” de ciertos adultos solo resulta explicable relacionándolo con estas impresiones infantiles.

Freud sostiene que no puede existir una real desaparición de las impresiones infantiles; debe más bien tratarse de una amnesia análoga a aquella que comprobamos en los neuróticos con respecto a los sucesos sobrevenidos en épocas más avanzadas de la vida y que consiste en una mera exclusión de la conciencia (represión). Mas ¿cuáles son las fuerzas que llevan a cabo esta represión de las impresiones infantiles? La amnesia histórica, puesta al servicio de la represión, es tan sólo explicable por la circunstancia de que ya el individuo posee un acervo de huellas mnémicas que han sido sustraídas a la disposición consciente y que atraen, por conexión asociativa, aquellos elementos sobre los cuales actúan, desde la conciencia, las fuerzas repelentes de la represión; queda claro que

la amnesia infantil normal está ligada a esta actividad sexual infantil. Las manifestaciones infantiles de la sexualidad no determinan tan solo las desviaciones, sino también la estructura normal de la vida sexual del adulto.

La elección de objeto es llevada a cabo al principio solo imaginativamente, pues la vida sexual de la juventud en maduración tiene apenas otro campo de acción que el de las fantasías, esto es, el de las representaciones no destinadas a convertirse en actos. En todas las estaciones del proceso evolutivo por las que el sujeto debe pasar quedan fijos algunos individuos, y así hay personas que no han vencido nunca la autoridad de los padres y no han conseguido retirar de ellos por completo su ternura a la posterior elección del objeto sexual. Es fácil comprender que cada perturbación de estas relaciones infantiles dé origen después a los más graves resultados para la vida sexual posterior a la pubertad.

Cuando todos los componentes se conservan en la interrelación aceptada como anormal y se fortifican con la maduración, el resultado final no puede ser más que una vida sexual perversa. El otro resultado final aparece cuando en el curso del desarrollo experimentan el proceso de represión. Pero lo que sucede es que la juventud ha sido aquí excesivamente corta. Tal solución de la perversión por la neurosis, en la vida de la misma persona, así como la distribución antes indicada de perversión y neurosis en diversas personas de la misma familia, debe considerarse relacionada con nuestro conocimiento de que la neurosis es el negativo de la perversión y que se ve reflejada en el actuar de las y los médicos cuando se enfrentan a la mujer en su atención obstétrica.

Los historiadores de la civilización coinciden en aceptar otro proceso, en el que las fuerzas pulsionales sexuales son desviadas de sus fines sexuales y orientadas hacia la sublimación, que consiste en mudar el fin pulsional hacia una actividad desexualizada, intentando su realización mediante tareas creativas o de prestigio social: arte, religión, ciencia, política, tecnología. Este revelará con mayor o menor precisión la relación mixta entre la capacidad de rendimiento, la perversión y la neurosis. Una especie de sublimación es también el dominio de los impulsos sexuales por medio de las formaciones reactivas, que tiene lugar al comienzo del período de latencia infantil y continúa durante toda la vida.

“¿con qué medios se ejecutan estas construcciones tan importantes para la cultura de la personal y la normalidad posterior del individuo...” (Freud, 1905 p,161).

En la mayoría de los casos logra abrirse camino un fragmento de la vida sexual que ha escapado a la sublimación, o se conserva una actividad sexual a través de todo el período de latencia hasta el impetuoso florecimiento de la pulsión en la pubertad.

Es posible que las y los médicos sublimen algunos impulsos sexuales en su práctica profesional diaria al atender a las mujeres en el periodo de gestación o en la atención del parto y/o puerperio; una atención con rasgos de crueldad y sadismo hacia las mujeres y su evento obstétrico, que por momentos parecen más perversos.

Reich, por otro lado, ha reconocido que el “carácter” de una persona construido en gran parte por un material de impresiones sexuales, y se compone de las pulsiones fijadas desde la niñez: construcciones dadas por sublimación y aquellas construcciones destinadas al sometimiento efectivo de los impulsos perversos y reconocidos como inutilizables. Así, pues, la disposición sexual general perversa de la infancia puede considerarse como la fuente de toda una serie de nuestras virtudes en cuanto da motivo a la creación de las mismas por la formación reactiva. Se trata de la adherencia o fijación prolongada de estas tempranas impresiones sexuales en los futuros neuróticos o perversos, pues en los demás individuos no llegan a ejercer una influencia suficiente para forzarlos obsesivamente a buscar su repetición y determinar para toda la vida la dirección de su pulsión sexual

A causa de la relación antagónica existente entre la civilización y el libre desarrollo de la sexualidad, relación cuyas consecuencias podemos perseguir hasta estratos muy profundos de la conformación de nuestra vida, la forma en que se haya desarrollado la vida sexual del niño entrañará máxima importancia para su existencia ulterior en las civilizaciones y capas sociales superiores, y será indiferente en las más bajas.

No es arriesgado suponer que bajo el imperio de una moral sexual cultural los sujetos pueden quedar expuestos a ciertos daños a la salud y a su energía vital individual. Este este daño, infligido a los individuos por los sacrificios que les son impuestos, alcanza tan alto grado que llega a constituir también un peligro para el fin social.

El análisis de las perversiones y psiconeurosis nos ha llevado al conocimiento de que esta excitación sexual no es producida únicamente por los órganos llamados sexuales, sino por todos los del cuerpo. Se construye, por tanto, la idea de un *libidoquantum*, cuya subrogación psíquica llamamos libido yoica; la producción de esta, su aumento o su disminución, su distribución y su desplazamiento están destinados a ofrecernos la posibilidad de explicar los fenómenos psicosexuales observados. Ahora bien, esta libido yoica sólo se vuelve cómodamente accesible al estudio analítico cuando ha encontrado empleo psíquico en la investidura de objetos sexuales, vale decir, cuando se ha convertido en libido de objeto.

Además podemos conocer, en cuanto a los destinos de la libido de objeto, que es retirada de los objetos, se mantiene fluctuante en particulares estados de tensión y por último, es recogida en el interior del yo, con lo cual se convierte de nuevo en libido yoica. A esta última, por oposición a la libido de objeto, la llamamos también libido narcisista. La libido narcisista o libido yoica se nos aparece como el gran reservorio desde el cual son emitidas las investiduras de objeto y al cual vuelven a replegarse, y la investidura libidinal narcisista del yo, como el estado originario realizado en la primera infancia, que es sólo ocultado por los envíos posteriores de la libido, pero se conserva en el fondo tras ellos.

El énfasis en las "relaciones de objeto" tempranas ha enriquecido en gran medida las teorías de Freud de 1905, donde señala la "catexis". Aragonés (2010) dijo:

Quando una gran cantidad de esta energía se dirige a una idea o un deseo o un recuerdo, esa idea o deseo tiene dos características: se vuelve importante y se carga de emoción. En lo inconsciente, una etapa en la que uno está fijado retiene gran parte de la importancia y de la emoción que tuvo originariamente. Por lo tanto, se trata de un lugar psíquico confortable, donde se experimenta una regresión si el andar se pone difícil. (pp, 112)

La regresión implica el retorno a un punto de fijación cuando una persona se siente frustrada o asustada. Dado que la fijación puede relacionarse tanto con una etapa psicosexual como con un tipo de relación de objeto, la regresión puede llevarnos a cualquiera de esos dos lugares.

La fijación fue la forma que encontró Freud para describir el efecto perdurable en el niño cuando la reacción de los padres es menos que óptima. Si las experiencias de un niño en una etapa determinada son muy traumáticas o de un excesivo consentimiento, las enseñanzas que se reciben o infieren durante ese período se enraízan profundamente. La fijación también puede referirse a una relación de objeto temprana o a una etapa de una relación temprana; es común que alguien esté inconscientemente fijado en la relación con uno de sus padres. Si alguien tiene esa fijación, gran parte de su energía psíquica se concentra en la añoranza de esa persona o en el intento por eliminar el sufrimiento de esa relación.

La fijación cobra distintas formas: la fijación fálica es propia del niño que no hace la transición entre el autoerotismo y la sexualidad interpersonal, o la hace de manera incompleta. El niño tal vez se convierta en un adulto para quien la masturbación sea la mayor satisfacción sexual; un varón con fijación fálica quizá se transforme en un hombre que utilice su pene agresivamente para penetrar y dominar más que para hacer el amor. Desde la psicología se dice que puede utilizar su personalidad de la misma manera que utiliza su pene. Es propenso a devaluar a las mujeres y a enorgullecerse de su superioridad masculina.

Una niña con fijación fálica tal vez se convierta en una mujer con un sentimiento de inferioridad, en especial en relación con los hombres; en consecuencia, introyecta el mando social del patriarcado de que debe ser pasiva y sumisa con los hombres. También puede rebelarse y asumir una postura masculina "agresiva" en el mundo. Al igual que los varones, si una mujer tiene fijación fálica quizá devalúe a las otras mujeres. También puede rechazar a su madre porque inconscientemente cree que es responsable de su deficiencia porque no la dotó de un pene.

Existe una estrecha relación entre la regresión y la fijación. Cuanto mayor es la fijación en una etapa determinada, más probable es que la persona frustrada o angustiada retroceda a esa etapa (Bergeret, 2009).

Por otro lado la madurez sexual temprana aparece con frecuencia paralelamente a un desarrollo intelectual prematuro, circunstancias ambas que se encuentran unidas en la historia infantil de los individuos más eminentes, pareciendo, por tanto, no actuar tan patógenamente cuando surgen juntas como cuando solo tiene lugar la precoz maduración sexual.

Madurez precoz. Uno de tales factores es la precocidad sexual espontánea, que se revela invariablemente en la etiología de las neurosis. Como como todos los demás factores, provoca manifestaciones sexuales que, dado el débil desarrollo de las inhibiciones sexuales y el escaso desarrollo del sistema genital, no pueden presentar otro carácter que el de perversiones.

En el estudio de las perversiones, se ha llegado al conocimiento de que el instinto sexual tiene que luchar contra manifestaciones que se le oponen en calidad de resistencia; el pudor y la repugnancia son los que más claramente se muestran. Aparece justificada, pues, la sospecha de que estos poderes participan en la labor de mantener el instinto dentro de los límites de lo considerado como normal, y cuando se desarrollan tempranamente, antes de que el instinto sexual alcance su plena fuerza, son los que marcan la dirección del desarrollo del mismo.

En este sentido, la conexión del placer preliminar con la vida sexual infantil queda corroborada por la función patógena que este puede ejercer. Entraña un peligro para la consecución del fin sexual normal, peligro que aparece cuando en un momento dado los procesos sexuales preparatorios resultan un placer preliminar demasiado grande, y su parte de tensión demasiado pequeña. En este caso desaparece la energía pulsional necesaria para llevar a cabo o continuar el proceso sexual; el camino se acorta y la acción preparatoria correspondiente sustituye al fin sexual normal.

El empleo de la boca como órgano sexual se considera una perversión cuando los labios o la lengua de una persona entran en contacto con los genitales de la otra y no, en cambio, cuando ambas mucosas labiales tocan una con otra. En esta excepción yace la conexión con lo normal. El que abomina de las otras prácticas, usadas quizá desde los más primitivos tiempos de la humanidad considerándolas como perversiones, obedece a una bien definida sensación de repugnancia que le protege de la aceptación de tal fin sexual. Los límites de esta repugnancia son, sin embargo, puramente convencionales: individuos que besan con pasión los labios de una bella muchacha no podrán emplear sin repugnancia su cepillo de dientes, aun no teniendo razón ninguna para suponer que su propia cavidad bucal, que no les produce asco, está más limpia que la de la muchacha. La repugnancia se nos muestra aquí como un factor susceptible de cerrar el camino a la sobreestimación sexual, pero también de

ser vencido por la libido. Habremos, pues, de considerarla como uno de los poderes que contribuyen a limitar el fin sexual. Estos poderes se detienen ante los genitales mismos; pero no cabe duda de que también los genitales del sexo contrario pueden ser por sí mismos objeto de repugnancia y que esta conducta corresponde a las características de todos los histéricos. La fuerza de la pulsión sexual se complace en dedicarse al vencimiento de esta repugnancia. En el empleo sexual del ano se ve más claramente que en el caso anterior, el hecho de ser la repugnancia lo que imprima a este fin sexual el carácter de perversión. Podemos encontrar en algunos sujetos que se dedican al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas, algún cambio en su meta sexual diferente que nos puede hacer pensar, más que en una neurosis, en una perversión como el fetichismo. Una particularísima impresión nos es producida por aquellos casos en que el objeto sexual normal es sustituido por otro relacionado con este, pero al mismo tiempo totalmente inapropiado para servir al fin sexual normal. En otros casos es una asociación de ideas simbólicas, casi siempre inconsciente en el sujeto, lo que le ha conducido a la sustitución del objeto por el fetiche. Los caminos seguidos para establecer estas asociaciones no siempre pueden indicarse con seguridad.

La impresión visual es el camino por el que más frecuentemente es despertada la excitación libidinosa, por la belleza del objeto sexual. La ocultación del cuerpo, exigida por la civilización, mantiene despierta la curiosidad sexual, que tiende a contemplar el objeto por descubrimiento de las partes ocultas, pero que puede derivarse hacia el arte –sublimación– cuando es posible arrancar su interés de los genitales y dirigirlo a la forma física y total. Una detención en este fin sexual intermediario de la contemplación sexualmente acentuada, es parte de lo considerado “normal” y es lo que da la posibilidad de dirigir cierta cantidad de la libido hacia fines artísticos más elevados. Por el contrario, la contemplación constituye una perversión cuando:

1. Se limita exclusivamente a los genitales.
2. Aparece ligada al vencimiento de una repugnancia (voyerista): espectadores del acto de excreción.
3. Cuando en lugar de preparar el fin sexual normal, lo reprime.

La tendencia a causar dolor al objeto sexual o ser maltratado por él es la más frecuente e importante de las perversiones, y sus dos formas, activa y pasiva, han sido denominadas, respectivamente, por Krafft-Ebing, sadismo y masoquismo (Bedouelle, 2012). Otros autores prefieren denominarla algolagnia, nombre que hace resaltar el placer de causar dolor, la crueldad, mientras que el nombre escogido por Krafft-Ebing acentúa, o pone en primer término, el placer de sufrir toda clase de humillaciones y sometimiento.

La sexualidad de la mayor parte de seres humanos muestra una mezcla de agresión, de tendencia a dominar, cuya significación biológica estará quizá en la necesidad de vencer la resistencia del objeto sexual de un modo distinto a los actos de cortejo (Freud, 1905). El sadismo corresponderá entonces a un componente agresivo del instinto sexual exagerado, devenido independiente y colocado en primer término por medio de un desplazamiento. El concepto de sadismo comprende desde una posición activa y dominadora con respecto al objeto sexual, hasta la exclusiva conexión de la satisfacción con la humillación y mal trato del mismo. Con frecuencia puede verse que el masoquismo no es otra cosa que una continuación del sadismo dirigida contra el propio yo, que se coloca ahora en el puesto del anterior objeto sexual. La coprofagia y la violación de cadáveres con fin sexual, producen asombrosos rendimientos en lo que respecta al vencimiento de las resistencias (pudor, repugnancia, espanto o dolor). Pero tampoco en estos casos puede esperarse con seguridad hallar regularmente en el sujeto otras anomalías de carácter grave o una perturbación mental.

Entre las causas de la formación de síntomas psiconeuróticos desempeñan un papel importante las pulsiones parciales que aparecen casi siempre formando pares antitéticos y que hemos estudiado como portadores de nuevos fines sexuales; esto es, las pulsiones de contemplación y de exhibición, la pulsión de lo pasivo y el activo de crueldad. La presencia de esta última es indispensable para la comprensión de una parte de la conducta social del sujeto. Por medio de esta conexión de la libido con la crueldad tiene lugar la transformación del amor en odio y de los sentimientos cariñosos en hostiles, que es característica en una gran serie de neurosis, especialmente en la paranoia.

Por otro lado, Freud definió el concepto de carácter y resaltó su origen pulsional, basándose en la psicología del Ello. Lo señaló en *La predisposición a la neurosis obsesiva*

(1913), donde explica que mientras que el síntoma neurótico se caracteriza por la represión, su fracaso y el retorno de lo reprimido, este mecanismo está ausente de la formación del carácter. De alguna manera, abrió el camino para decir que el carácter no tiene la estructura de las formaciones del inconsciente. Así como refirió la formación del síntoma al símbolo, remitió la formación del carácter directamente a la pulsión e incluso a la zona erógena del desarrollo psicosexual del infante. El carácter de un sujeto está construido en buena parte con el material de las representaciones sexuales, se compone de pulsiones fijadas desde la infancia, de otras adquiridas por sublimación y de construcciones destinadas a sofrenar unas mociones perversas, reconocidas como inaplicables. Todo esto significa construcciones y sublimaciones que no son del tipo sintomático sino formaciones reactivas.

Conclusiones

Por todo lo anterior, es necesario entender el desarrollo psicosexual de las y los médicos y sus posibles perversiones, revisadas en la bibliografía, para acercarnos a explicar la construcción de su propia subjetividad respecto a la feminidad, y dar respuesta a la pregunta de investigación del presente estudio: **¿La subjetividad de las y los médicos en relación a la feminidad desde donde atienden a la mujer embarazada está relacionada con el ejercicio de poder y la violencia institucional que se ejerce sobre ella?**

CAPÍTULO III. GÉNERO Y SUBJETIVIDAD

Para intentar responder esta pregunta no se puede dejar de cuestionar cómo se construyen en nuestro contexto social un hombre médico y una mujer médica. Anteriormente se trataba de una profesión exclusiva para los hombres, con un poder dado por el hecho de ser hombre y contar con el reconocimiento social que legitima ese lugar. La lucha del género provocó un enfrentamiento entre el psicoanálisis y la posición feminista de algunas mujeres. Se avanzará con una mirada de género para comprender las implicaciones que este tiene en el actuar de los profesionales de la medicina a partir de la diferencia sexual.

El tema que desafortunadamente se sigue presentando como diferencias desde el sexo y no a partir de la construcción de hombre y mujer, es un tema que aún no se inserta en el plan de estudios de las y los estudiantes de medicina. La formación y subjetividad de los profesionales de la salud está marcada por el contacto con las y los docentes y sus posturas por lo general androcéntricas, así como con la teoría y su entorno. No hay elementos que les hagan cuestionarse la diferencia de sexo y género, y aún más, dentro de su subjetividad no está el concepto de género y las implicaciones que esto tiene, porque ni ellas ni ellos mismos se han percatado de cómo ejercen su atención profesional hacia la mujer: no lo hacen desde su feminidad, sólo desde lo femenino, es decir lo sexuado y su capacidad reproductiva. Ahora se sabe que debemos de atender desde la condición social de cada una de ellas, sobre todo en el estado de Michoacán, donde tenemos una gran diversidad de contextos sociales.

Es por ello necesario identificar desde la investigación cuál es la relación que guardan las y los profesionales de la salud con este concepto; cómo influye en la atención ginecobstétrica a las mujeres.

Por lo tanto se hará una revisión bibliográfica del tema de la violencia que sufren las mujeres en las salas de atención de parto en los hospitales, que permita explicar y mostrar cómo la subjetividad del médico y la médica en relación a su feminidad y el rol de género con que atienden a las mujeres, pueden ser los detonantes de dicho maltrato, de la violencia obstétrica y de la violencia institucional que ejercen y que llegan a tener consecuencias graves para las mujeres, entre las que destacan la mortalidad materna e infantil.

III.1. Género

Durante mucho tiempo se ha pensado que el psicoanálisis y feminismo eran un matrimonio mal avenido e irreconciliable, ya que la concepción de las mujeres preconizada por el psicoanálisis, permitía suponer que para Freud, las mujeres padecían la histeria por el rol social que debían ejercer y que no les permitía expresar su sexualidad. No hacerlo, implicaba una doble moral que se manifestaba en síntomas histéricos, que las colocaba en una situación de inferioridad y esto sólo podría modificarse al alcanzar la auténtica feminidad al

convertirse en madres y esposas. Para la teoría feminista esto era una mera justificación del status quo burgués y patriarcal. (Comesaña-Santalices, 200, p 96)

Algunas sociólogas y psicólogas feministas como Nancy Chodorow y Jessica Benjamin (Meler, 1999), de las más destacadas en este movimiento, intentaron integrar el feminismo y el psicoanálisis para demostrar que es imposible entender los cimientos del sexismo si no se comprenden sus dinámicas inconscientes. Al adentrarnos en el concepto de subjetividad, encontramos que tanto la feminidad como la masculinidad son construcciones colectivas que condensan la experiencia de muchas generaciones pasadas; que contienen una compleja red de prescripciones y proscripciones para la conducta de cada sexo. Tienen su origen en el inicio de la infancia, fungen como principio organizador de la subjetividad entera, se manifiestan en conductas externas de relación, actitudes, etcétera (yo); valores y moral (superyó) y deseo sexual (ello) (Agis, 1998).

Se consideran otras ideas, como que la fuente del deseo no es un cuerpo anatómico, sino un cuerpo construido en el conjunto de los discursos y el conocimiento de sí mismo (Bleichmar, 1997), que se forma a partir de una compleja articulación entre las representaciones sociales acerca de los géneros, la moral que las rige y norma, y la trama vincular e intrasubjetiva en la que las y los infantes van conformando su experiencia. Son los contenidos conscientes e inconscientes acerca de la masculinidad/feminidad, marcados por la propia historia de la madre y el padre, los que identifican al cuerpo sexuado del hijo o hija. En la primera infancia el varón tendrá que separarse y desidentificarse de la madre; esta separación, uno de los puntales de la masculinidad, se constituye “en oposición a lo femenino”, se crea como una reacción ante el temor y deseo de esas características maternas; en cambio, a la niña se le transmiten las representaciones, valores y prescripciones de lo que significa “ser mujer”, cuando el proceso de identificación así lo permite.

Los análisis acerca de la construcción del género ponen de relieve cómo el sistema sexo-género subyace a cualquier tipo de relación social. Al develar la carga socio-histórica y cultural que implica la división de las personas en las categorías genéricas femenina y masculina, la teoría feminista abre sus puertas hacia una nueva hermenéutica de la sospecha, adiestrando a los y las intérpretes en las trampas de un lenguaje sexista, no neutral, que infravalora cultural y socialmente aquello que considera como natural del sexo femenino. No debemos

olvidar que el lenguaje nos introduce en el mundo social y nos da la conformación como sujetos.

La perspectiva de género permite, como señala Scott (1990): “insistir en la insuficiencia de los cuerpos teóricos existentes para explicar la persistente desigualdad entre hombres y mujeres” (p.117)

En donde en esta ocasión el discurso teñido con lenguaje no sexista, no modifica la realidad que insiste en mostrar el patriarcado que subyace al contenido de este, intentando desfigurar lo que prevalece.

Scott (1990), escribe: “El silencio femenino será roto a través de la hermenéutica feminista que sitúa a las mujeres en el papel de hablantes, que les da derecho a crear sus propias narrativas, que devela su ocultación tradicional. No obstante, existen demasiados elementos que enturbian y dificultan el nuevo modelo de comunicación. La posibilidad de cualquier diálogo y la hermenéutica, exige de ciertos requisitos que permitan compartir un mundo de significados comunes entre los distintos interlocutores. La teoría crítica feminista ha cuestionado la neutralidad significativa y valorativa del discurso patriarcal, pero curiosamente sus intentos solo han permitido dentro de los sistemas científicos sociales tradicionales, emplear formulaciones tradicionales que proporcionan explicaciones causales universales” (p,123).

Freud elaboró una teoría del desarrollo psicosexual en torno al niño varón, y afirmó que la identidad masculina quedaba conformada al superar el complejo de Edipo, configurarse el Super-yo y realizar la identificación parental pertinente. Pensó que la configuración de la identidad femenina y el complejo de Edipo en la niña eran simétricos al del niño, si bien la niña partía de la consideración de estar castrada, por lo que toda su estructura psicológica se elaboraría tratando de compensar esa mutilación. La conciencia de esa mutilación retrasa su entrada en el complejo de Edipo, impide una resolución clara del mismo y una conformación sólida del Super-yo, razones por las que la mujer no alcanzará nunca el nivel ético y la ecuanimidad propia del varón ni su capacidad de sublimación. Estas afirmaciones las cambia en su artículo “La predisposición a la neurosis obsesiva” (1913), en donde Freud modifica su

postura y atribuye condiciones de conciencia más elevada a la mujer y termina diciendo que es imposible saber qué piensa y qué desea una mujer.

Freud reconoce además que las disposiciones masculina y femenina resultan ya claramente reconocibles en la infancia. El desarrollo de los diques sexuales (pudor, repugnancia, compasión, etcétera) aparece en las niñas más tempranamente y encuentra una resistencia menor que en los niños. Asimismo, en las niñas es mucho mayor la inclinación a la represión sexual, y cuando surgen en ellas instintos parciales de la sexualidad escogen con preferencia la forma pasiva. El deseo de la niña se vuelve hacia el padre, que es originariamente el deseo del pene que la madre le denegara. La situación femenina solo se establece cuando el deseo del pene se sustituye por el deseo del hijo, y entonces el hijo aparece en lugar del pene. La actividad autoerótica de las zonas erógenas existe en ambos sexos, y si fuera posible atribuir un contenido más preciso a los conceptos “masculino” y “femenino”, se podría también sentar la afirmación de que la libido es regularmente de naturaleza masculina.

Las características de la moral sexual cultural bajo cuyo régimen vivimos, serían acordes a la transferencia de las reglas de la vida sexual femenina a la masculina, y la prohibición de todo comercio sexual fuera de la monogamia conyugal. Pero las diferencias naturales de los sexos habrían impuesto mayor tolerancia para las transgresiones sexuales del hombre, creándose así en favor de éste, una segunda moral. Ahora bien, una sociedad que tolera esta doble moral de “amor a la verdad, honradez y humanidad”, ha de impulsar a sus miembros a ocultar la verdad, a pintar las cosas con falsos colores, a engañarse a sí mismos y a engañar a los demás. Otro daño aún más grave, imputable a la moral sexual cultural, sería el de paralizar la sexualidad, con la exaltación de la monogamia.

La identidad del yo, conformada con sesgos diferentes según el sexo, fue pensada por Freud (1900) en interpretación de los sueños, donde nuevos parámetros hacían entrar en juego un mundo distinto de símbolos que adquirirían un significado relevante en la vida de las personas, sobre todo la represión sexual ejercida sobre el individuo, y obvió cualquier tipo de suspicacia sobre significativos modos de relación social, entre ellos la perspectiva de género, creando un mundo de valores sesgado desde la perspectiva patriarcal.

Posteriores a Freud, varios psicoanalistas aplicaron la hermenéutica de la sospecha a las propias concepciones freudianas, analizaron la distorsión de género introducida por el maestro y pretendieron explicar, desde la teoría psicoanalítica, aspectos fundamentales de la psicología de las mujeres. Partieron del hecho de que muchas de las afirmaciones freudianas sobre la identidad femenina carecen de una fundamentación en la clínica, y que se basan en supuestos culturales de tipo patriarcal que no se someten a crítica (Agis, 1998).

Esta conceptualización de la identidad masculina y femenina tiene interés no solo para el psicoanálisis y la teoría feminista, sino también para la hermenéutica. En este momento la teoría feminista exige una alianza con la hermenéutica, ya que la hermenéutica de la sospecha no se debe ejercer solo sobre las tesis freudianas sino sobre cualquier texto susceptible de ser interpretado. En esa labor de interpretación debe estar presente la hermenéutica de género, la sospecha de la carga patriarcal inherente al significado y al sentido de los símbolos de nuestra cultura. Asimismo no se puede olvidar la generización del intérprete y la losa de silencio que se ha impuesto sobre las interpretaciones realizadas desde la voz y el cuerpo de mujer (Agis, 1998).

III.2.- Consecuencias políticas de la diferencia sexual

Frida Saal (2010) partió de la lectura del artículo de Freud de 1925, "Algunas consecuencias psíquicas de la diferenciación sexual", para concluir que el feminismo o la femineidad no deberían ser atendidos como un síntoma del "malestar de la cultura" como lo postulaba Freud; sugiere que debería atenderse con una escucha interesada de las mujeres que no saben lo que les pasa o por saber demasiado o no querer saber, son ellas también parte de ese síntoma.

Las diferentes disciplinas sociales y filosóficas han sido objeto de un minucioso trabajo de deconstrucción y elucidación crítica, dejando al descubierto el carácter sexista de muchos de sus paradigmas legitimantes. El interés que en un primer momento tuvo como centro a la mujer, se dirige ahora hacia las diferencias intragénero, las relaciones de poder y la violencia entre los géneros. El entrecruzamiento necesario entre distintos campos disciplinarios ilumina y produce a su vez nuevos cuestionamientos y desafíos. Como sostiene E. Morín (1994),

parecería que estamos asistiendo, a esta altura del conocimiento, al abandono de lo que llama el “paradigma de la simplicidad” para introducirnos en el de la “complejidad”.

Una característica que se extendió al conjunto del campo intelectual en Latinoamérica en la segunda mitad del siglo xx fue el recrudecimiento de los enfrentamientos políticos que colocaban a las agrupaciones de izquierda en la necesidad de vertebrar la lucha en torno a la contradicción principal: burguesía/proletariado, imperialismo/pueblo, sumado a la histórica problematicidad del vínculo entre izquierda y feminismo. Este fenómeno precipitó que algunas transformaciones que las mujeres experimentaron en cuanto a la vida cotidiana, como por ejemplo la posibilidad de regular la fertilidad a través de la anticoncepción, se considerara solo como un logro feminista. Por tanto, no es extraño que de algún modo dichos avances científicos fueran considerados “portavoz” de las propuestas de las izquierdas, y no fueran capaces de visualizar la importancia de las consecuencias políticas de las diferencias entre los sexos y minimizaran la influencia de las ideas feministas. Por otro lado, la psicoanalista norteamericana Jessica Benjamin también enfatiza no buscar las líneas de comprensión de la subjetividad femenina exclusivamente desde la sexualidad, sino que jerarquiza el deseo de auto reconocimiento; la autonomía y la dependencia se construyen en la intersubjetividad. Sostiene que:

(...) tanto la niña como el niño se organizan a través de la relación con otros sujetos; que los otros la madre, por ejemplo no son sólo objetos para el niño, porque tanto la niña como el niño son capaces de reconocer a ese otro sujeto como diferente de sí y al mismo tiempo, como semejante. (E. Morín, 1994, p 87)

Es de esta forma que la intersubjetividad interviene en la estructuración del mundo psíquico. El género está presente desde el origen, en las representaciones que ambos, padre y madre, transmiten a hijas e hijos. Son varias las consecuencias teóricas que la inclusión del género como dimensión han tenido dentro de la teoría psicoanalítica sobre la subjetividad femenina y/o masculina (Rosario Allegue, 2000).

Para este trabajo, el término género hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. El término distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los determinados

biológicamente. A diferencia del sexo biológico, los roles de género y los comportamientos y relaciones entre hombres y mujeres (relaciones de género) pueden cambiar con el tiempo, incluso si ciertos aspectos de estos roles derivan de las diferencias biológicas entre los sexos.

Las corrientes dentro del psicoanálisis que consideran al género como herramienta de trabajo y comprensión de la subjetividad, son absolutamente minoritarias. Este estado de cosas tiene una larga historia que comienza con la conflictiva relación entre el feminismo y el psicoanálisis, que después continuará con el psicoanálisis y los estudios de género. El feminismo y el psicoanálisis son corrientes nacidas a fines del siglo XIX, y a pesar de los desencuentros han tenido puntos en común: inscribirse dentro del pensamiento crítico y tener a la diferencia sexual como eje de sus estudios e investigaciones (Tubert, 1995).

Sin embargo las feministas contemporáneas a Freud, como Susan Kingsley Kent y Juliet Mitchell, no advirtieron la importancia del psicoanálisis y lo rechazaron en su totalidad. En las relaciones entre psicoanálisis y feminismo, el movimiento ha ido principalmente de las feministas al psicoanálisis, movimiento que no ha sido recíproco, ya que el psicoanálisis institucionalizado no ha interrogado sus propias teorías a partir de las investigaciones de los estudios de género (Allegue y Carril 1998).

Lo que sucede es que las instituciones psicoanalíticas no han estado dispuestas a replantearse metodologías, intercambiar con otras áreas del saber, deconstruir puntos de la teoría que aparecieran oscuros y hacer las críticas y reformulaciones correspondientes. Y en ese sentido, el paso más difícil es superar la omnipotencia que supone comprender todo desde un solo campo del conocimiento (Fernández, 1989).

En lo referido al género, las teorizaciones hechas sobre la naturalización del patriarcado y una lógica binaria (que excluye y/o inferioriza las diferencias) tiene consecuencias políticas y epistemológicas respectivamente. Las consecuencias más graves son las que aparecen en la clínica: hombres y mujeres no pueden ser escuchados en sus sufrimientos generados por las relaciones de género.

La dominación de género muestra mejor que ningún otro ejemplo que la violencia simbólica se lleva a cabo a través de “un acto de cognición y de falso reconocimiento, que está más allá de, o por debajo de, los controles de la conciencia y la voluntad” (Lamas, 2000, p.43).

Según Bourdieu, este acto se encuentra en las oscuridades del inconsciente, que a su vez son de género y engendran género. Bourdieu dice que no se puede comprender la violencia simbólica a menos que para explicar el hecho de que las mujeres, en la mayoría de las sociedades conocidas, están consignadas a posiciones sociales inferiores, se tome en cuenta la asimetría de estatus adscritos a cada género en la economía de los intercambios simbólicos. Mientras que los varones son los sujetos de las estrategias matrimoniales, a través de las cuales trabajan para mantener o aumentar su capital simbólico, las mujeres son siempre tratadas como objetos de dichos intercambios, en los que circulan como símbolos adecuados para establecer alianzas. Así, investidas de una función simbólica, las mujeres son forzadas continuamente a trabajar para preservar su valor simbólico, a ajustarse, a amoldarse al ideal masculino de virtud femenina, definida como castidad y pudor, dotándose de todos los atributos corporales y cosméticos capaces de aumentar su valor físico y su atractivo (Lamas, 1986).

La preocupación por la diferencia sexual y el interés por la reproducción, marcan la forma como la sociedad contempla a los sexos y los ordena en correspondencia con sus supuestos papeles "naturales". Reconocer la diferencia de papeles implica una jerarquización, en la que se disminuye la importancia del papel de la mujer en la reproducción, cuando justamente es del cuerpo de la mujer de donde salen los hijos y es con su leche como sobreviven los primeros meses. Contra los datos de la realidad, prevalece la fuerza de la simbolización que muestra y demuestra la primacía de los hombres en el proceso de reproducción de la vida. Y la participación convencida de las mujeres es la que constituye la fuerza principal, silenciosa e invisible, de la dominación masculina.

El concepto de género ha permanecido invisibilizado, en primer lugar porque no había sido descrito, y posteriormente porque generó fuertes polémicas entre los movimientos feministas, ya que siguió siendo equiparado con sexualidad de la mujer, y las teóricas psicoanalistas han

trabajado en que sea incluyente para ambos sexos y han dejado claro que género es un concepto amplio que involucra el rol social, lo cultural, las condiciones de vida en las que cada hombre y cada mujer se desenvuelven cumpliendo con las características sociales de su entorno desde su condición biológica. Este trabajo toma por un lado los conflictos psíquicos, tal como aparecen en sus distintas instancias y determinados por las circunstancias históricas biográficas de las médicas y los médicos, y por otro lado articula esta conflictiva con el vasto campo de la problemática de género que implica:

- Una visión del profesional de la salud desde varias dimensiones y que coloca a la subjetividad sexuada en el centro del campo analítico, que repercute en su práctica clínica.
- El abordaje de los siguientes puntos centrales:
 - ✓ La concepción de la psicopatología y la salud mental.
 - ✓ Los síntomas que se repiten en cada una de las mujeres, no vistos como una manifestación de su sexualidad reprimida.
 - ✓ El análisis de los vínculos (parentales, de pareja y con el prestador de servicios).
 - ✓ La inclusión del trabajo diario como campo de análisis.
 - ✓ La consecuencia de los mitos sociales sobre la mujer y la maternidad, que en ocasiones llega a la muerte.

III.3. Subjetividad y feminidad

Es necesario reconocer, que aclarar estos conceptos es particularmente complejo, ya que ambos son tratados desde diferentes disciplinas. Es necesario dialogar con la medicina y con la formación de los recursos humanos en salud, ya que es en estas áreas donde se presenta una serie de problemas sociales que actualmente enfrentamos, como es la muerte materna, y que tienen que ver con la relación que se establece sujeto-sujeto, médica(o)-paciente.

La subjetividad, desde la teoría del conocimiento, se define como la propiedad de las percepciones, argumentos y lenguaje basada en el punto de vista del sujeto y por tanto influida por los intereses y deseos particulares del mismo (Foucault, 1975).

Partiendo de esta postura, todos y cada uno de nosotros nos constituimos como sujetos a partir de nuestro contexto social e histórico, el cual es único e irrepetible para cada uno. Partiendo desde la interpretación que se hace del mismo, formar sujetos tiene que estar estrechamente vinculado al momento social en que se les forma. Aquí aparece una interrogante: ¿la formación de los profesionales de la salud va acorde a este momento social que vivimos?

Por otra parte, los procesos de institucionalización, entendidos como el juego de fuerzas permanente entre lo instituido y lo instituyente, son procesos que producen subjetividad; es por eso que el presente estudio pretende retomar algo del psicoanálisis. La noción de sujeto, implícita en el concepto de subjetividad, ha sido patrimonio de diversas disciplinas como la filosofía, la historia, la sociología, la literatura, la psicología social, etcétera, y por lo general aparece ligada a la conciencia.

Desde esta perspectiva se puede aducir que el sujeto de la conciencia y el inconsciente postulado por el psicoanálisis, se encuentran diametralmente opuestos (Bleichmar, 2006). En esta concepción, y más allá de considerar al ser humano como un sujeto histórico y social concreto, la fantasmática inconsciente en la que se destaca la pulsión sexual y el deseo humano, constituye un universal que guarda una relación de extraterritorialidad con las formaciones históricas en las que advenimos como sujetos.

Los términos subjetividad y subjetivación, de centenaria tradición en disciplinas vecinas, se han introducido hace apenas algunos años en la disciplina psicoanalítica. Excede al propósito de estas líneas dilucidar las razones de dicha introducción. En todo caso parece una fecunda vía de interrogación (Bleichmar, 2006) analizar la incidencia de los factores socioeconómicos y políticos de estos últimos tiempos, signados por la violencia y el desamparo y que hacen peligrar el contrato narcisista que Piera Aulagnier (1975) considera que funda cualquier posible relación del sujeto con la sociedad y que permite el advenimiento social de los sujetos. Esto nos lleva a las siguientes interrogantes: ¿Nuevas formas de subjetividad? ¿Sujetos nuevos manejados de la misma manera médica, o nuevos médicos(as) ante pacientes diferentes?

Schroeder (2004) señalaba que para comprender las nuevas expresiones de la subjetividad era preciso considerar la incidencia de la decadencia del Otro amparador estatal en los procesos de destitución subjetiva, que han tenido y tienen consecuencias devastadoras en el tejido social, aumentando la marginación y la exclusión social.

También se afirma que, en esta época, caracterizada por los procesos dialécticos entre la modernidad y la postmodernidad, existe una tendencia a abolir la distancia entre el sujeto y el Otro (Dufour, 2001), que brinda "...el fundamento simbólico fundacional para el sujeto" (p.54) "Los modos de subjetivación en esta era de predominio postmoderno, se caracterizan por una función reflexiva de una figura del otro dispersa, fragmentada y/o en red" (Schroeder, 2004, p 92).

Interesa, pues, señalar que los cambios trascendentes en los modos históricos y sociales concretos de producción de sujeto psíquico, se relacionan desde una posición de poder y conocimiento. Este último, por los cambios sociales, ya no cuenta con la exclusividad de hace algunos años.

Los cambios en las formas del trabajo, del amor, de la sexualidad, de las configuraciones familiares, por citar solo algunos elementos del catálogo del nuevo milenio, inciden en la estructuración psíquica. ¿En qué medida los procesos de producción de subjetividad nos permiten entender los procesos de estructuración psíquica? ¿Y cómo los especialistas en salud enfrentan ahora esta problemática?

Se insiste desde hace tiempo en la eventual existencia de nuevas patologías. Por una parte, hay quienes sostienen que el sufrimiento del hombre ha sido el mismo en todas las épocas, a pesar de que cambian las formas de presentación de dicho sufrimiento. Por otra, se ha señalado que abordar la cuestión de las "nuevas patologías" supone considerar las nuevas "normalidades" (Boschán, 2001), que es preferible denominar nuevas formas de subjetividad.

Buena parte del siglo xx, que vio crecer y desarrollarse a diferentes disciplinas, ha sido definida como la de una modernidad caracterizada por las certezas. Dichas certezas, presididas por la creencia en la razón, que el propio psicoanálisis ha contribuido a deconstruir,

incluyen las certezas respecto al lugar del padre, la madre, la mujer, la diferencia de sexos, generaciones, pertenencias y linajes.

Desde la perspectiva de Green (2005): "Se anuncia la muerte del Edipo, con el pretexto de que nuestras sociedades contemporáneas ya no mantienen el papel tradicional del padre" (p.27)

Estos cambios por épocas, en los que se destaca el desfallecimiento de la figura del padre en nuestras sociedades, han sido señalados en nuestro medio por Daniel Gil y Sandino Núñez (2002). Con respecto a lo señalado por dichos autores, Fanny Schkolnik (2002) afirma que es "una propuesta que habilita a seguir pensando cómo operará lo simbólico y su articulación con lo real y lo imaginario en las nuevas formas que están adquiriendo el padre y la madre con el cambio en las funciones en nuestra sociedad actual" (p.136).

Es que el papel tradicional de la madre también ha cambiado de la mano de la tecnología. Hay tres figuras de madre: la madre biológica, la que da su vientre en alquiler y la que lo cría. Esta "proliferación" de "discursos posibles" con respecto a la maternidad, origen de no pocos debates, nos interroga respecto a la posible declinación de la figura materna. Aunque, como afirma Derrida (2004): en todo caso siempre habrá nacimiento y organización social, lazo social que reciba al niño. Lo difícil es presagiar las configuraciones específicas de dichas organizaciones sociales, y cómo la parte médica está respondiendo ante estos hechos.

Esta zona de tensión hace también a los debates de género, cuya importancia ha aumentado a partir de la modificación del papel de la mujer, la más importante del siglo **XX** para el historiador José Pedro Barrán (2009).

"La cuestión de los ideales fue abordada por Freud en diversas obras. Con su concepción del ideal del yo, Freud daba cuenta simultáneamente de una instancia del aparato psíquico y de la influencia de lo social y lo cultural en la estructuración psíquica. Así, el ideal del yo sería la bisagra conceptual por excelencia entre lo 'interior' y lo 'exterior'. Es la manera en que Freud 'resolvió' la vieja dicotomía individuo y sociedad" (Schroeder, 2004,p.105). De ahí que toda psicología individual sea al mismo tiempo y desde un principio psicología social (Freud,

1921). Por lo tanto, podemos decir con Freud que el estudio de las masas permite el análisis del yo y el elemento clave lo constituyen los procesos de identificación.

Esta dirección "desde afuera hacia adentro" hace a la primacía del Otro en la constitución subjetiva. Dicha primacía fue señalada por Freud cuando afirmó que la figura del Otro aparece integrada siempre en la vida anímica individual como modelo, objeto, auxiliar o adversario (Freud, 1921).

Este aforismo fue retomado por Pichon-Rivière (1978) como punto de partida de la psicología social para reformularlo y afirmar que: "...toda psicología, en un sentido estricto, es social" (p.85)

Estos aportes de Pichon permiten comprender lo que calificaríamos de dimensión grupal de la subjetividad: fue más lejos y conceptualizó la noción de emergente como aquello que en el seno de un grupo articula la verticalidad de un individuo, es decir su historia singular, con la horizontalidad del grupo, la que "...hace al proceso actual que se cumple en el aquí y ahora, en la totalidad de los miembros" (Pichon-Rivière, 1978, p.89).

En la misma época en que Pichon elaboraba su teoría, su discípulo Bleger (1974) distinguía: a) un ámbito psicosocial (individuos); b) un ámbito sociodinámico (grupos); c) un ámbito institucional (instituciones); y d) un ámbito comunitario (comunidades). Estos ámbitos son propuestos por Bleger "...para el estudio del ser humano como totalidad en las situaciones concretas y en sus vicisitudes interpersonales (presentes y pasadas)" (Bleger, 1974, p. 47).

Agrega Bleger (1979) que: "...se impone un pasaje de los enfoques individuales a los sociales en el doble sentido de reforma de los modelos conceptuales y ampliación del ámbito de trabajo" (p.25).

Tomando en cuenta los aportes de Pichon y Bleger es posible, y necesario, postular una dimensión grupal de la subjetividad.

Por otra parte, importa consignar los desarrollos del psicoanálisis francés entre los que se destacan, entre otros, los aportes de Lourau (1975), quien sostiene:

El enfoque de Freud permite entonces proporcionar una base para la teoría moderna de los grupos. Permite también aproximarse al concepto de institución" "Psicología colectiva y análisis del yo descarta la falsa oposición entre una clínica "individual" y otra "social", entre el dominio del individuo y el dominio de la sociedad como objetos de ciencia... (Lourau, 1975, pp. 167 y 172)

Es decir que la subjetividad, al dar cuenta de lo social y la singularidad como expresión única de un sujeto de esa subjetividad, permite romper la polaridad individuo-sociedad.

"...Estudiar las relaciones sociales en función de un modelo institucional, y tratar de intervenir en esas relaciones planteándolas dentro de un juego de estructuras instituidas e instituyentes, y no como una naturaleza o una matriz de relaciones interindividuales o intergrupales, significa tener en cuenta a la vez el descubrimiento de Freud y el aporte de las ciencias sociales...". El análisis institucional describe "...un sistema de instituciones que, desde la elaboración del complejo de Edipo hasta los rituales funerarios, pasando por todas las estructuras, estructuras-acontecimientos y acontecimientos instituyentes, es el lenguaje de las relaciones sociales" (Lourau, 1975, p 178).

En este sentido es que toda institución (incluidas las instituciones psicoanalíticas) es productora de subjetividad, y a la vez cada sujeto constituye una singularidad de una subjetividad instituida.

Estos sujetos que se relacionan entre sí están marcados por su sexo, y desde ahí se constituyen como tales y se relacionan en ese ser, hombre y mujer. En el área de la medicina más que en cualquier otra, se maneja a la persona desde la condición del sexo por las patologías o estados de salud asociados a ello.

En la presente investigación es por demás importante tocar esta condición de hombre-mujer, ya que quienes mueren son las mujeres en condición biológica vulnerable, por las pocas herramientas con las que cuenta la medicina actual en el trato de sujeto a sujeto este

último en su condición femenina pero sin conocer su feminidad, ¿por qué la importancia de remarcar esta diferencia?

Primero debo decir que la condición de feminidad nos remite solo a aquello que es una cualidad atribuida más a lo femenino, pero que también afecta a un hombre como la ternura, la comprensión, etcétera.

La feminidad es una cualidad propia de ciertos bienes exclusivos de la mujer por el solo hecho de serlo desde la condición biológica, la hace constituirse como sujeto y la determina en su actuar social, es decir, la asunción desde el lenguaje de esa feminidad constituye la subjetividad como sujeto sexuado. Para J. Lacan (1975) la masculinidad y la feminidad no son esencias biológicas sino posiciones simbólicas; sin embargo la diferencia anatómica de los sexos determina la diferencia psíquica de los mismos y tiene consecuencias en lo social y en lo político, como se pone de manifiesto en la problemática de la muerte materna.

III.4. Maltrato a la paciente obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio

En las últimas décadas se ha observado un entorno desfavorable en la relación médico(a)-paciente, así como una burocratización de los servicios de salud, con organizaciones impregnadas de indicadores de productividad y de mercantilización, lo que ocasiona que algunas veces las y los médicos que brindan atención obstétrica dejen de lado la atención de las pacientes cuando consideran que no serán retribuidos económicamente; que practiquen una medicina a la defensiva, tratando de evitar inmiscuirse en la atención de pacientes graves que les puedan generar situaciones médico-legales; así como la simplicidad de la atención que les genere comodidad y seguridad en el momento de la atención. Ejemplo claro de esto último es el importante incremento de cesáreas innecesarias realizadas en todo el país, en lugar de atender partos eutócicos o naturales, fenómeno que se da tanto en la medicina institucional como en la privada. Lo anterior tiene consecuencias tales como un control prenatal inadecuado, sin una valoración integral de la mujer como sujeto de derechos; consultas rápidas sin visión epidemiológica de riesgo; y un exceso de estudios de laboratorio y de gabinete que tratan de justificarse en la racionalidad. Dejando de lado la subjetividad de la mujer, médicas y médicos se dirigen a ella en un lenguaje cargado de enunciados científicos y

de órdenes con la voz del amo. Durante su maternidad, frecuentemente las mujeres son tratadas como enfermas, o son devaluadas con frases como “qué le pasa mamacita”, “ay, reinita”, “no mi hijita, no me entiendes”. Se le trata como un mero objeto que va a producir un nuevo ser y por lo tanto lo más importante es la atención del nacimiento. Las mujeres son un mero trámite quirúrgico cuya máxima expresión es el exceso de cesáreas sin una justificación técnica, que en no pocas ocasiones comprometen su salud, y que llegan a presentar complicaciones e incluso la muerte.

Un apartado especial merece el maltrato que sufren las mujeres en las salas de parto, donde la atención se ve influenciada por paradigmas de género, clase social, etnia, edad, subcultura o nacionalidad, y donde no se respetan los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, ni los principios éticos de no maleficencia, beneficencia y autonomía, que van desde las burlas, regaños, ironías, insultos, amenazas y hasta humillaciones. Incluso se les niegan los servicios cuando acuden principalmente en la madrugada con trabajo de parto, o con signos y síntomas de emergencia obstétrica, ya que al considerarlas meramente un trámite quirúrgico solo se calcula el tiempo necesario para la atención del nacimiento. En algunas ocasiones se les retrasa la asistencia especializada en caso de requerirla, pues las y los médicos son indiferentes al dolor y los síntomas de las mujeres, a sus solicitudes y a sus reclamos, y no se les brinda información de su tratamiento, ni se les ayuda a tomar decisiones informadas. Muchas pacientes se toman como medios de enseñanza para nuevos profesionales sin ningún respeto a su dignidad humana, e incluso se les presiona para que firmen un documento de consentimiento informado que sirve más para defensa del personal que para beneficio de la propia paciente.

Una vez en la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes que las instruyen en la conveniencia de someterse a las órdenes y dominación de los profesionales de la salud, con miras a reprimir cualquier insubordinación. Además, es menester eximir de toda la responsabilidad a las y los médicos, y culpar a las propias mujeres por los posibles problemas y dificultades que puedan presentarse en el parto, con frases como: “si no pujas, tu hijo puede nacer tonto”. De igual manera se cuestiona el derecho de las mujeres al placer sexual con frases como: “de qué te quejas, si cuando lo estabas haciendo lo disfrutaste”, o “¿cómo no te quejabas cuando lo estabas haciendo?” (Villanueva-Egan, 2010).

Por otro lado se descalifica el conocimiento que tienen las mujeres sobre su propio cuerpo y no se escuchan sus demandas, reduciéndolas al absurdo; incluso se desdeñan las señales de alarma referidas por la paciente, situación que se observa frecuentemente en las auditorías de muerte materna, donde se hace un análisis retrospectivo del caso y se da un seguimiento puntual del recorrido que hace la mujer desde su hogar hasta el hospital donde fallece, análisis que se realiza con todos los profesionales de salud que se encuentran involucrados en el caso. La experiencia nos muestra que generalmente se trata de responsabilizar a la mujer por no haber buscado ayuda oportunamente, cuando en la práctica es el profesional de salud quien no escucha las necesidades y demandas de la mujer que tiene enfrente, cuando impone a la paciente y a sus familiares la ignorancia y el silencio forzoso como elementos necesarios e imprescindibles para el cumplimiento de su objetivo técnico.

En dichas auditorías se observa un control absoluto de la información en el expediente clínico, que solo brinda información parcial o distorsionada con el objeto de que no puedan demostrarse los malos manejos médicos. Sin embargo al contrastarlo con la autopsia verbal, instrumento de investigación cualitativa normada por la OMS donde los familiares narran todo el proceso que vivió la mujer antes de morir en los servicios de salud, se observa el poder simbólico en que se convierte la información del expediente clínico, más como oscurecimiento que como recurso de conocimiento y aprendizaje, que trata de desacreditar a las mujeres como sujetos que sufren. Más allá del volumen de trabajo y de la escasez de recursos, las y los médicos justifican su actuar en un ambiente violento, agotador y despersonalizado. La academia médica anida una lógica que obvia el sufrimiento humano y los sentimientos, por ende lo subjetivo, por lo que su atención se centra en el evento y no en la mujer como persona, y se llegan a escuchar frases como “también se tienen que morir las mujeres, para qué se embarazan”.

Por lo anterior es menester tratar este problema de salud pública a través de la investigación psicoanalítica, para entender y para mostrar el fenómeno de la violencia que sufren las mujeres en su atención obstétrica por parte de las y los médicos, pero no con el objeto de hacer juicios de valor, sino de comprender y reflexionar el fenómeno.

TIPO DE ESTUDIO

Este estudio de investigación es de tipo mixto. Por el lugar y los recursos de donde se obtiene la información, es documental y de campo según lo clasifica Zorrilla (1993). De tipo descriptivo, ya que trabaja sobre realidades de hecho y busca realizar una interpretación. En relación al tiempo en que se desarrolla, es transversal.

La presente investigación del ámbito de la salud pública, se sustenta en un diálogo entre lo cualitativo y lo cuantitativo de la Investigación científica (Vera 2005). La trascendencia de triangular estos métodos se ha reconocido como relevante solo hasta hace unos años. Un ejemplo de esto es la medicina basada en la evidencia (MBE), que ha sido un estímulo para reconocer que no siempre se puede contar con un ensayo clínico controlado para determinar la mejor decisión clínica. Es posible observar el mismo fenómeno en otros ámbitos y/o perspectivas de la salud como son los sociales, culturales o laborales, como es el caso de la presente investigación.

En esa reflexión, señalamos el fenómeno de la triangulación como una posibilidad emergente para la investigación científica. También planteamos la existencia de distintas formas de triangulación, como son: la triangulación de datos, la teórica, la de investigadores, la metodológica y la múltiple. A la luz de estas distintas formas y ciñéndonos a los pasos del proceso de investigación científica.

Todo proceso de investigación es complejo, supone creatividad e innovación en el desarrollo del uso de nuevas aproximaciones metodológicas; de igual modo, consideramos que es pertinente integrar diversos marcos teóricos, conceptuales y metodológicos. En este contexto la triangulación cobra sentido. Así, las preguntas sobre percepciones, actitudes o motivaciones son cruciales para evaluar el grado de aceptación de una nueva tecnología o la satisfacción de la población en estudio. La práctica de los profesionales que se ocupan de diversos aspectos de la Salud Pública requiere de métodos cualitativos, es decir, recolección, análisis e interpretación de datos que no son fácilmente reducibles a números (Murphy, 1998) y que indagan sobre hipótesis, determinantes y explicaciones posibles sobre un tema de

Salud Pública en un contexto particular y que viene a complementar la investigación cuantitativa tan frecuentemente usada en medicina.

En el proceso de triangulación, lo que orienta para la definición del o los métodos a emplear en una investigación es la pregunta de investigación, que en este caso es:

¿La subjetividad de las y los médicos en relación a la feminidad desde donde atienden a la mujer embarazada está relacionada con el ejercicio de poder y la violencia institucional que se ejerce sobre ella?

Esta interrogante nos lleva necesariamente a preguntarnos qué aspectos debemos tener en consideración desde el punto de vista del método para poder realizar una triangulación entre una aproximación cuantitativa y una cualitativa.

Aspectos relacionados con el diseño

En el diseño de una investigación siempre nos hacemos la siguiente interrogante: ¿Se decidió el tipo de diseño adecuado para poder responder a nuestra pregunta de investigación? Como esta plantea la asociación entre dos variables o dimensiones, a saber, **La subjetividad de las y los médicos en relación a la feminidad desde donde atienden a la mujer embarazada y el ejercicio de poder y la violencia institucional que se ejerce sobre ella**, debemos decidir cuál será el diseño más adecuado. Para este caso, nuestra opción es utilizar un diseño del tipo transversal y por ende, los alcances de nuestras conclusiones cabrán dentro del ámbito descriptivo y asociativo. Nuestra aproximación de estudio es de tipo cuantitativa y cualitativa, ya que deseamos triangular ambas aproximaciones metodológicas.

Aspectos relacionados con la población y la muestra a estudiar

Siguiendo con nuestra pregunta de investigación y el tipo de diseño a utilizar, cabe delimitar ahora nuestro universo o población, o muestra de estudio. Así podríamos preguntarnos, ¿cómo deberíamos seleccionar la muestra si deseamos llevar a cabo la triangulación desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa? ¿Se utilizan los mismos

procedimientos de muestreo? Sin duda que los tipos de muestreos serán diferentes y los procedimientos de selección también.

Desde una aproximación cuantitativa, deseamos obtener una muestra representativa del universo o población de trabajadores de los 22 hospitales de la Secretaría de Salud de Michoacán donde se atienden 49,778 eventos obstétricos al año. El proceso de muestreo comprendió dos etapas: en la primera se efectuó un muestreo de conveniencia por conglomerados; se seleccionaron los hospitales con mayor número de muertes maternas durante los años 2010 y 2011, donde se atienden 22,685 eventos obstétricos al año, que representan el 45.57 % del total de eventos obstétricos que atiende la Secretaría de Salud de Michoacán: el Hospital General “Dr. Miguel Silva”, el Hospital de la Mujer en la ciudad de Morelia, el Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez” y el Hospital Regional de Tacámbaro Michoacán. La segunda etapa consistió en un muestreo por cuotas, eligiéndose en cada hospital sujetos de estudio en proporción con el número total de profesionales de salud; en dichos hospitales se encuentran laborando 69 ginecobstetras en total y se tomó una muestra a 28 hombres y 24 mujeres médicas con un total de 52 personas, que representa un 75% del universo de estudio. Este criterio muestral nos permitirá generalizar nuestros hallazgos a la totalidad de las y los médicos que realizan atención obstétrica de la Secretaría de Salud del Estado.

Por otro lado los métodos cualitativos combinan criterios sistemáticos y pragmáticos, tal como se hace con los métodos cuantitativos. En el caso de entrevistas el fenómeno de la saturación, según algunos expertos en métodos cualitativos, se produce en un rango entre 7 y 20 entrevistas; para la presente investigación se realizaron 10 entrevistas. Se obtuvo la muestra de modo independiente a la obtenida para el método cuantitativo.

El supuesto desde una aproximación cualitativa es que como la realidad se construye socialmente, se espera que los individuos cumplan con diversas características que los hagan similares a los ya seleccionados para el estudio cuantitativo. Para la presente investigación se consideró una muestra de diez profesionales de la salud que ocupan cargos representativos en la atención materna en el estado, por considerarlos especialistas responsables y

comprometidos, que dada su experiencia pueden contribuir a la reducción de la muerte materna: tres son directores de los hospitales que resuelven los casos complicados provenientes del interior del Estado; un alto directivo del Colegio de Ginecología y Obstetricia de Michoacán, y los seis restantes son jefes de los servicios de ginecología y obstetricia de diferentes hospitales de la Secretaría de Salud del estado.

Aspectos relacionados con las variables o dimensiones a estudiar

Desde la aproximación cuantitativa podemos hablar de variables, que están supeditadas al nivel de medición (nominal, ordinal, intervalar, razón). La variable dependiente en esta investigación es el poder y la violencia institucional que ejercen las y los médicos sobre las mujeres durante su atención obstétrica, y las variables independientes se hicieron cuantitativas a través de reactivos que exploran la percepción que este personal tiene de lo que es y para lo que es una mujer, tales como: qué es una mujer, qué es una esposa, una madre, una pareja, etcétera.

Se investigó la presencia de una correlación, se elaboró una base de datos con el programa estadístico SPSS versión 15, y se analizaron posibles asociaciones entre la variable dependiente (el poder y la violencia institucional que ejercen las y los médicos sobre las mujeres en su atención obstétrica) y las variables independientes: conceptos, actitudes y prácticas que reflejan la subjetividad del médico(a) en relación a la feminidad, exploradas a través de una encuesta.

En cambio, desde la perspectiva cualitativa más bien se habla de dominios, dimensiones y categorías a estudiar. Esto porque es propio de los métodos cualitativos el hecho de que durante el proceso de investigación “afloran” las dimensiones y realidades que son relevantes para el tema que se investiga.

Lo anterior no significa que cualquier asunto pueda ser una dimensión del tema en cuestión, pues la condición necesaria es que esté vinculado con los cuerpos teóricos existentes. En la investigación cualitativa, en vez de identificar variables dependientes e

independientes, lo que se busca es reconocer dimensiones del problema que se investiga, dimensiones que posteriormente serán investigadas con mayor acotamiento y profundidad.

Ahora bien, si retomamos nuestra pregunta de investigación, **¿La subjetividad de las y los médicos en relación a la feminidad desde donde atienden a la mujer embarazada está relacionada con el ejercicio de poder y la violencia institucional que se ejerce sobre ella?**, podemos vislumbrar en esta tres aspectos a estudiar: la subjetividad de las y los médicos en relación a la feminidad, el ejercicio de poder y la violencia institucional, y la relación entre ambos. Aquí nuevamente surge otra interrogante: ¿cómo obtenemos los datos desde una aproximación cuantitativa y otra cualitativa para responder a nuestra pregunta inicial?

Aspectos relacionados con los instrumentos

Siguiendo con la línea argumental, tanto desde una aproximación cuantitativa como cualitativa, podemos utilizar diversos tipos de instrumentos. Desde una perspectiva cuantitativa, se realizó una encuesta de tipo redes semánticas con veinte reactivos para complementar oraciones y cinco preguntas de opción múltiple, en la que se incluyen definición de conceptos, mitos, refranes y recuerdos de los participantes.

En cambio, desde una perspectiva cualitativa, se utilizó una entrevista semiestructurada con diez preguntas sobre los roles de la mujer, el significado de maternidad, y los criterios y problemas que presentan o dificultan su atención a los profesionales de la salud.

La percepción subjetiva de los profesionales de la salud no puede ser capturada desde una aproximación cuantitativa, de modo que deben encontrarse otras dimensiones que complementen la concepción inicial por nosotros definida. Así, una dimensión en lo cualitativo podría dar cabida a nuevas categorías y enriquecer el dato cuantitativo, por lo que al triangular, entonces, estamos respondiendo con distintos alcances y niveles de profundidad a nuestra pregunta de investigación.

En fenómenos psicológicos o sociales, donde muchos de los diagnósticos o definiciones que usualmente se manejan corresponden a categorías más bien inespecíficas, no existe un patrón de oro para su determinación, y más bien este podría ser construido en función de la

elaboración conceptual que haga, para cada condición en particular, un grupo de expertos en un marco cultural específico.

Se desarrolla una estrategia para medir las variables y dominios, mediante la construcción de ítem. Pero este proceso no se detiene aquí: el siguiente paso es “certificar” que la escala tiene ciertas características o atributos que hacen meritoria su utilización. Esas características, de las cuales depende la “certificación”, son:

- Validez de apariencia: La escala parece medir lo que debe medir.
- Validez de constructo: La escala no deja factores sin medir ni mide dominios que no son.
- Validez de criterio: La escala funciona en forma parecida a otros instrumentos.
- Confiabilidad interevaluador: La escala funciona bien bajo diferentes condiciones.
- Sensibilidad al cambio: La escala detecta modificaciones de la realidad que mide.
- Utilidad: Es una escala fácil de aplicar y procesar.

Los Instrumentos y los resultados tuvieron validación por interjueces: un maestro y tres doctorandas en psicoanálisis. Se realizó prueba piloto de los instrumentos y las encuestas con veinte personas en el Hospital General de Pátzcuaro,

Aspectos relacionados con el procedimiento

Desde el punto de vista del procedimiento, entendido este como aquellos pasos que llevamos a cabo en la obtención de los datos y cómo estos fueron procesados y analizados, también la forma fue distinta al utilizar una aproximación cuantitativa y otra cualitativa.

Desde una aproximación cuantitativa, se utilizó paquete informático: el SPSS versión 15 para trabajar los datos de la encuesta, y programa de Atlas TI para el manejo de la información obtenida en las entrevistas del método cualitativo.

La investigadora labora en el área de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de Michoacán, quien se trasladó a los hospitales seleccionados para aplicar la encuesta directamente a los involucrados, previo consentimiento informado y una breve explicación de los fines de la presente investigación, lo que facilitó la participación de las y los médicos.

- Los criterios de exclusión son los hospitales de la Secretaría de Salud de Michoacán con el menor número de muertes maternas durante 2010-2011.
- Criterios de eliminación de personal de medicina que no aceptó participar, así como encuestas incompletas.

Procedimiento

- La encuesta se realizó en la jornada laboral de los participantes en los servicios específicos de ginecología y obstetricia.
- La entrevista se realizó en las oficinas de las y los directivos, previa cita concertada y acordada con la investigadora.
- La grabación de las entrevistas se hizo previo consentimiento de los participantes con el objetivo de transcribir literalmente el contenido de las mismas y no influir en la interpretación de estas, las cuales también estuvieron sujetas a la validación interjueces.

Luego, cabe la pregunta: ¿Cómo, desde el punto de vista de la triangulación, analizaremos nuestros datos? Lo más frecuente es que los reportes cuantitativos y cualitativos en una primera fase se obtengan de un modo independiente. En una segunda fase, la que denominaremos de integración, es donde los haremos dialogar. En otras palabras haremos que la información cuantitativa se complemente con la información cualitativa y viceversa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las encuestas se aplicaron a 28 hombres y 24 mujeres médicas del servicio de ginecobstetricia; el total se encontraba en su jornada laboral:

Confirman lo establecido en los objetivos generales y específicos de la presente investigación:

Analizar si la subjetividad en relación a la feminidad de médicas y médicos condiciona el ejercicio del poder y la violencia que ejerce este personal sobre la mujer en la atención obstétrica, que ha contribuido al incremento de los casos de muerte materna en el estado de Michoacán.

- Mostrar cómo la subjetividad en relación a la feminidad de médicas y médicos influye en la atención que otorgan a la mujer embarazada.
- Identificar como a través del control que ejerce el personal de medicina sobre la paciente obstétrica se establece un ejercicio del poder que modifica y pone en riesgo la maternidad y la vida de la mujer.

Como se puede leer en las encuestas y entrevistas anexas, la imagen que estos profesionales de la salud tienen de la mujer es que es madre, hecha para el cuidado de, al servicio de, que atiende a y se ocupa no solo de los hijos que procrea. El 86% las concibe a partir de ser madres; en su actuar prevalece la idea de que la mujer debe estar dispuesta al sufrimiento y que su mejor recompensa es darle vida a otro ser; no se les permite manifestaciones de dolor ni sufrimiento; no se les permite derrumbarse en el momento de dar a luz, como lo dicen coloquialmente, ya que su función es **complacer, comprender y portarse bien** para poder ser **buenas, perfectas y de hecho aspirar a la santidad como la madre abnegada**, cuya única razón de ser es la atención a los hijos, haciendo lo correcto. Hacer lo correcto implica dar, dar y dar sin nunca expresar lo que ellas sienten. Bajo estas premisas la mujer es considerada un objeto, no sensible, cuando menos al dolor; si se atreve a manifestarlo estará dando indicios de ser una mala madre, por tanto una mala mujer. Se puede identificar que este es el significante que prevalece en los y las profesionales que otorgan atención obstétrica. Es por eso que dicho personal se siente, socialmente hablando,

con el poder para exigirle se comporte de la manera descrita, puesto que posee el conocimiento tanto científico como social de cómo debe comportarse una mujer que pretende ser madre. Ejercen de manera natural la violencia contra estas mujeres que se evidencia cuando se les exige ser hermosas, maravillosas, que se arreglen, que se pinten y se muestren. Si alguna de ellas no lo hace, se le etiqueta de mala mujer, por tanto mala madre. Cuando las mujeres son adolescentes, a decir de ellos “no saben ni qué onda” y no obedecen, lo cual los confronta con su concepción de mujer obediente y abnegada; sobre todo porque este grupo etario no posee ni conocimientos ni experiencia para enfrentar el ser madres.

Se puede identificar que la representación inconsciente de los y las médicas participantes es que la mujer solo es mujer a partir de ser madre. Más del 50% no concibe a esta madre como una mujer que puede ser o que es su pareja, ya que está hecha para el hombre, es un objeto diseñado para escucharle, respetarlo y complacerlo; lo mejor que puede hacer es estar de acuerdo con quien sustenta el poder en su casa, el marido. En el momento de la atención obstétrica el que sabe es el médico o médica tratante. Es importante hacer notar que tanto el personal femenino como el masculino se rigen bajo este constructo inconsciente. De hecho se identifica que las mujeres que practican la medicina son más exigentes con la obligación de complacer, compartir, comprender y portarse bien. Investidas de su condición de mujeres y de los conocimientos que poseen, en ocasiones se comportan de manera más agresiva que los hombres, ya que estas mujeres madres y profesionistas se consideran la piedra angular de la sociedad. La mujer, desde la concepción de estas profesionales, debe ser ejemplo de grandeza, de éxito, de estabilidad, ya que es el núcleo central de la familia y de la sociedad; no puede mostrar debilidad, ya que siempre debe estar al servicio de...

Para los profesionales que atienden a las mujeres embarazadas estas son seres humanos cuyos sufrimientos, pensamientos o sentimientos no importan, pues su objetivo final es ser madres. Tienen prohibido el placer, ya que están para darlo y no para sentirlo. La trillada frase “Por qué cuando lo estabas haciendo no te quejabas”, habla por sí misma.

Analizado todo esto desde la postura teórica de Freud, no podemos más que confirmar que en el proceso de conformación inconsciente de la historia personal de estos profesionales de la salud, la mujer es el gran objeto de amor y proveedora de los primeros placeres, por lo tanto es concebida como la madre aquella que da, provee y no se queja, pues siempre está al

servicio de los demás. Esta mujer que se atiende de manera rutinaria, repetitiva, muestra la imagen inconsciente de un cuerpo que está hecho para procrear. La única manera en la que pueden relacionarse con ese primer objeto de amor es a través de infligir dolor, que una vez ellas provocaron en su primera infancia. Los rasgos sádicos orales que muestran cuando les hablan, cuando ignoran las manifestaciones de ese cuerpo, al que ven solo como un objeto, pero no como un objeto de amor, sino como un objeto que no merece ni atención ni cuidados, posiblemente obedezcan a que esa madre para ellos nunca fue un objeto de amor. Esta situación repercute en una deficiente atención obstétrica al no ser interrogadas, exploradas ni atendidas integralmente como sujetos de atención, ocasionando en algunos casos negligencia médica por dilación, omisión o abandono de la paciente, que concluye en la muerte materna.

Se considera importante ampliar que esta atención implica indagar en la historia clínica de la mujer con un enfoque de riesgo, explorar el cuerpo buscando síntomas y signos que lo lleven al diagnóstico clínico, lo que implicaría necesariamente establecer una relación médico-paciente efectiva; en otros términos, relación hombre-mujer, para lo cual se encuentran impedidos posiblemente como ya se comentó, por su concepción de mujer reducida a procreadora. Por lo que su atención se limita a recibir o sacar del canal de parto al producto, como si en este acto pudieran salir ellos mismos de la situación de vida que les representa. Tal parece que al jalar a esa nueva criatura se pudieran en el imaginario salir o jalarse ellos mismos de la presión que les representa una mujer. Caso similar les sucede a las féminas que brindan atención obstétrica, ya que su investidura profesional les permite asumirse en una posición de poder que en ese momento las hace diferentes a su género.

Desafortunadamente la pregunta de investigación se confirma: **¿La subjetividad de las y los médicos en relación a la feminidad desde donde atienden a la mujer embarazada está relacionada con el ejercicio de poder y la violencia institucional que se ejerce sobre ella?**

Los médicos y las médicas que dan atención obstétrica tratan a la mujer como un objeto, un objeto obligado a proveer satisfacción, pero incapaz de sentir dolor, angustia, incertidumbre y deseo, pues está diseñada para procrear. Más todavía, ni siquiera se les da el título de madres hasta que demuestren que son responsables, sanas emocionalmente, capaces, títulos otorgados por quien tiene el poder de hacerlo: médico o médica obstetra.

Estos conciben a la mujer que está en trabajo de parto solo como persona hecha para parir; desconocen la parte que implica que puede gozar, tener placer, que para una mujer no es permitido. Tampoco les evoca a la madre, porque se adquiere solo después de dar a luz; siempre y cuando sea en las condiciones ya mencionadas: no quejarse, ser obediente y entregar todo por ese nuevo ser, lo que la coloca ante ellos y ellas en una situación de vulnerabilidad que les permite obligarla a comportarse para poder ser nombrada madre.

La subjetividad del rol que tienen las y los médicos en relación a la feminidad les lleva a tener conductas irracionales de menosprecio, abandono y humillación en la atención que brindan a la mujer embarazada, que resulta en la violencia institucional asociada a la mortalidad materna en Michoacán.

La hipótesis metodológica planteada en el presente estudio muestra que a lo que se enfrentan las mujeres cuando reciben atención obstétrica es al rechazo de su feminidad en forma integral, situación que algunos profesionales tratan de rescatar cuando promueven que las mujeres embarazadas sean femeninas, que se arreglen, se maquillen, porque quieren verlas hermosas. Podemos suponer a partir de ahí el asco u horror que deben sentir ante mujeres indígenas y pobres por su falta de hábitos higiénicos y cosméticos. Ante las cuales su posición de saber les otorga el poder necesario para tener actitudes misóginas y violentas que en algunas ocasiones provoca negligencia en el quehacer profesional, que llega incluso a finalizar en una muerte materna que, como es bien sabido, se presenta principalmente en las mujeres más vulnerables económicamente de la sociedad mexicana.

Aunque los tienen de la mujer y la madre. resultados de las encuestas y entrevistas nos permiten suponer tipos de personalidades y conformación psíquica de estos profesionales de la medicina, no es tema de esta investigación. Los resultados nos ayudan a mostrar y confirmar que el incremento de las muertes maternas en el estado de Michoacán está directamente relacionado con la representación inconsciente que los profesionales de la medicina.

RECOMENDACIONES

1. Difundir los resultados de la presente investigación e intentar enfrentar a este personal con una historia de vida que los conformó como sujetos capaces de ejercer y hacer uso de un poder que les impide ver frente a sí a otro ser humano en situación vulnerable, que lo hace lábil y lo deja al descubierto ante el médico o médica que lo atiende. Dichos profesionales están socialmente investidos de conocimientos y poder de decisión sobre la vida de los demás, en especial la vida de las mujeres. No hacerlo contribuirá a que una mujer embarazada no sea atendida como una paciente sino como un objeto cuyo único fin es reproducirse.
2. Incluir en los comités locales, estatales y nacionales de mortalidad materna, a profesionales del psicoanálisis que contribuyan a enriquecer el análisis del actuar profesional en cada caso de muerte materna, con el objetivo de fortalecer al personal obstetra para enfrentarlo a su actuar desde lo personal ante estos fallecimientos.
3. Rescatar la aplicación del psicoanálisis en el campo de otra ciencia como la medicina, en especial la ginecología y obstetricia, en donde la relación es uno a uno como en el psicoanálisis, ya que cada mujer es un nuevo caso y un caso diferente, lo que debe contribuir a dejar los actos rutinarios y repetitivos en la relación médico-paciente.

NOTAS A PIE

¹Violencia institucional. Es la violencia que ejercen los prestadores de servicios de salud, como omisiones, dilaciones, negligencias y abandono de las pacientes.

²Atención obstétrica. Atención médica de la mujer durante el embarazo, parto y/o puerperio con el objeto de vigilar la salud del binomio madre-hijo.

³El parto distócico o parto anormal es un parto complicado, que tiene dificultades, pues el feto tiene anormalidades tanto anatómicas como funcionales. Esto puede suceder tanto por la madre, pelvis, útero o cérvix, o una mezcla de algunos de ellos que llevan a tener complicaciones con el parto normal de una mujer.

⁵Sepsis. Es un síndrome de anormalidades fisiológicas, patológicas y bioquímicas potencialmente mortales asociadas a una infección. Estas anormalidades son secundarias a una respuesta inmunitaria desbalanceada frente a la infección, que termina dañando los tejidos y órganos hasta una disfunción multiórganica.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellin-Sas, G. (2009). Teorías implícitas de los analistas sobre la feminidad. Congreso IPA, Chicago.
- Agis, M. (Marzo, 23 1998). Psicoanálisis, herméutica y género. *SCRIB*. Recuperado de <http://webs.uvigo.es/pmayobre/indicedearticulos/htm>.
- Allegue, R. (2000). *El género en la construcción de la subjetividad*. Montevideo: Psicolibros/Facultad de Psicología. UDELAR.
- Aragónés, R. (Junio de 2010). Los tres modelos del yo, y el narcisismo de Freud. *Revista de psicoanálisis, (número)*, pp.83-105.
- Barrán, J. (Agosto,6 2009). El dolor se transformó en una mala palabra, como la muerte. *La Onda digital*. Recuperado de http://www.laondadigital.uy/LaOnda2/448/5_Portada.htm.
- Bedoelle, A. (Julio 14,2006). Un punto de vista sobre la perversión. *Revista CPM. Centro Psicoanalítico de Madrid*. Recuperado de <https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-9/>
- Bergeret, J. (2009). *La personalidad normal y patológica*. España: Ed. Gedisa.
- Bernardi, R. (Octubre 15, 2002). Un único cuerpo, pero suficientemente complejo. *Psicoanálisis y medicina*. Recuperado de <http://ascane.org/lecturas/dialogo-sicoanalisis-medicina.pdf>.
- Comesaña-Santalices, G. (Noviembre 25, 2000). Mujer, psicopatología y derechos humanos. *Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología*, Vol. 9 (1), falta página.
- Fernández, P. (2002). Unidad de Epidemiología Clínica y Estadística. *En Cad. Aten. Primaria*. Coruña, España: Complejo Hospitalario Universitario.

- Foucault, M. (2009). *El nacimiento de la clínica*. México: Ed. Siglo XXI.
- Freud, S. (2005). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. En *Obras completas* (páginas). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2005). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En *Obras completas* (páginas). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2007). *Vida y obra de Freud. Introducción al psicoanálisis*. México: Porrúa.
- Kendel, E. (2006). *Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente*. España: Ars Medica.
- Lacan, J. (2005). Función y campo de la palabra y el lenguaje. En *Escritos 1* (89-102). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lagarde, M. (2003). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- Lamas, M. (Mayo, 1986). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Estudios sobre la mujer, problemas teóricos*, (30), . Nueva Antropología.
- Lamas, M. (2000). *Violencia simbólica, mujeres y prostitución*. País: Antropología Política.
- Laurent, E. (7 Septiembre, 2005). La nueva clínica de las angustias, sus fundamentos y consecuencias para el psicoanálisis. Extraído de nuevos síntomas, nuevas angustias. http://www.eol.org.ar/temple.as?Sec=jornadasSubSec=jornadas_eolfile/programa.html.
- Meler, I. (23 febrero, 1999). La querrela psicoanalítica por las mujeres. El debate sobre la sexualidad femenina. *Psicoanálisis, estudios feministas y género. Espacios temáticos*. Recuperado de <http://www.psiconet.com/foros/genero>
- Merino, J.E. (Mayo 2010). La sublimación, carta psicoanalítica, psicoanálisis. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/167473977/CARTA-PSICOANALITICA-4>.

Merrel, R. (2003). *Breve Historia de la Medicina*. E.U.: Universidad de Virginia, Departamento de Cirugía.

Peruani, A. (marzo, 2009). El parto del cuerpo, el embarazo de gozar. IV Congreso Internacional de Convergencia. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.convergenciafreudlacan.org/inove4/php/download.php?id_rel

Ponce, R. (2005). Acciones de mejora para la competencia y desempeño de los trabajadores de la salud para la disminución de la mortalidad materna en Michoacán. En *Memorias del Tercer Foro Nacional por la Calidad en Salud* (páginas). México: Secretaría de Salud.

Serge, A. (2002) *¿Qué quiere una mujer?* México: Ed. Siglo XXI.

Tinoco, M. (25 julio, 2010). Acciones de mejora en atención a usuarias obstétricas para disminuir la violencia institucional. *Género y salud en cifras*. CNEGSR, pp. 27-34.

Vera, Aldo. (2010). El psicoanálisis en América Latina. *Revista de Psicoanálisis*, (1-2), pp. 83-105.

ANEXOS

En el resultado de la encuesta se observa las siguientes aseveraciones como respuesta a las oraciones:

1.- Las mujeres son personas _____

<u>Respuesta</u>	Frecuencia	Porcentaje
Hermosas, buenas, honestas trabajadoras, maravillosas, etc.	45	86.5%
Afirman que son personas	7	13.5%
Total	52	100

2.- Una buena esposa es _____

<u>Respuesta</u>	Frecuencia	Porcentaje
Cuidar a la familia	Masculino 11	21.1%
	Femenino 6	11.5%
Respete a la familia	Masculino 7	13,4%
	Femenino 9	17.3%
Complacer, compartir, comprender, se porte bien, etc	Masculino 10	19.2%
	Femenino 9	17.3%
Total	52	100%

3.- Mi madre es _____

<u>Respuesta</u>	Frecuencia	Porcentaje
La mejor	19	36.5%
Buena, perfecta, santa, especial, hermosa, abnegada	33	63.5%
Total	52	100%

4.La maternidad es importante para _____

<u>Respuesta</u>	Frecuencia	Porcentaje
Realizarse como madre	Masculino 9	17.3 %
	Femenino 14	26.9%
La sociedad	Masculino 9	17,3%
	Femenino 2	3.8 %
Unificar la familia	Masculino 4	7.7 %
	Femenino 2	3.8 %
Reproducirse	Masculino 4	7.7 %
	Femenino 1	1.9 %
Otros	7	13.4 %
Total	52	100 %

5. ¿Para qué debe ser educada una niña? _____

Respuesta	Frecuencia	porcentaje
Útil en la vida	21	40.4 %
Ser una gran mujer	10	19.2 %
Enfrentar la vida	8	15.3 %
Dar lo máximo	5	9.6 %
Otro	8	15.3 %
Total	52	100 %

6. Una buena madre se diferencia de la mala por _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
La atención a los hijos	30	57.7 %
Inculcar valores	4	7.7 %
Hacer lo correcto	6	11.5 %
Otros	12	23 %
Total	52	100 %

7. ¿Quién debe ser madre? _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
La que tenga sentido ...De responsabilidad, salud, educación etc.	27	51.9 %
Toda mujer que lo desee	25	48.1 %
Total	52	100 %

8. Una buena profesional es _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ejerce con respeto	24	46.2 %
Disfruta su trabajo	14	27 %
Apoya a la familia	9	17.3 %
Otros	5	9.6 %
Total	52	100 %

9. El mejor recuerdo de mi madre es _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Recuerdos agradables de amor, cuidados, felicitaciones etc	50	96.2 %
No contestó	2	3.8 %
Total	52	100 %

10. El mejor recuerdo de mi pareja _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	30	57.7 %
Me dio hijos	8	15.4 %
El día que la conocí	3	5.8 %
El día de la boda	2	3.8 %
Otros	9	17.3 %
Total	52	100 %

11. ¿Qué tiene que hacer una mujer para complacer a su pareja? _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Comprenderlo	11	21.1 %
Platicar	11	21.2 %
Respetar	7	13.4 %
Complacer	7	13.4 %
Nada	7	13.4 %
Otros	9	17.3 %
Total	52	100 %

12. ¿Qué tiene que hacer una esposa para complacer a su marido? _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Estar de acuerdo	Masculino 13	25 %
	Femenino 6	11.5 %
Nada	Masculino 6	11.5 %
	Femenino 2	3.8 %
Respetarlo	Masculino 2	3.8 %
	Femenino 4	7.7 %
Amarlo	Masculino 2	3.8 %
	Femenino 2	3.8 %
Ser amante	Masculino 0	0 %
	Femenino 3	5.8 %
Otros	12	23 %
Total	52	100 %

13. ¿Qué tiene que hacer una mujer para ser una buena amante? _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Amarlo	11	21.2 %
Complacer	11	21.2 %
Desinhibirse	10	19.2 %
Platicar	8	15.4 %
Nada	4	7.7 %

Otros	8	15.4 %
Total	52	100 %

14. ¿Qué es la virginidad? _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Etiqueta	15	28.8 %
No haber tenido sexo	13	25 %
Dignidad propia	6	11.5 %
Psicológico	7	13.5 %
Mito	6	11.5 %
Otros	5	9.6 %
Total	52	100 %

15. El hombre llega hasta donde _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Donde la mujer quiera	36	69.2 %
Se lo proponga	10	19.2 %
Otros	6	11.5 %
Total	52	100 %

16. Lo mejor que hace una mujer es _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ser madre	Masculino 23	44.2 %
	Femenino 17	32.7 %
Ser esposa	Masculino 3	5.8 %
	Femenino 2	3.8 %
Ser amante	Masculino 1	1.9 %
	Femenino 4	7.7 %
No contestó	2	3.8 %
Total	52	100 %

17. La mujer debe estar _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Desarrollándose profesionalmente	38	73 %
En casa cuidando al marido	6	11.5 %
Donde no haga daño	3	5.7 %
Donde desee estar	1	1.9 %
No contestó	4	7.7 %
Total	52	100%

18. La maternidad representa _____

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
La posibilidad de trascender	28	53.8 %
Esperanza de vida	19	36.5 %
Otras	5	9.6 %
Total	52	100 %

Cabe mencionar que las entrevistas realizadas a médicos(as) ginecobstetras fueron transcritas de manera literal para evitar la distorsión del discurso de cada uno de los entrevistados y la interpretación por parte de la investigadora. Se encontraron los siguientes significados:

19. ¿Qué significa ser mujer?

- “La más hermosa, prepararse y no competir con los hombres, ya que somos diferentes”.
- “Ser mujer es una experiencia maravillosa, la posibilidad de tener un enfoque de la vida con sentimiento”.
- “Es el empoderamiento de la mujer y como tal hay que vivirlo, **no** hay que defender el género, hay que luchar sin caer en el feminismo y prácticamente es la piedra angular para la sociedad, va ser siempre la mujer, para mí es sinónimo de grandeza, de éxito, de estabilidad y de éxito”.
- “Una mujer de entrada en un ser humano”.
- “Es el núcleo central de la familia, por lo tanto, de la sociedad”

20. ¿Qué es lo que necesita una mujer para ser vista en su entorno?

- “Mostrarse”.
- “Creerse que es capaz de hacer todo lo que se proponga”.
- “Que se visualice como un ser individual, y que no necesita detrás de ella tener un hombre para ser importante”.
- “Vemos únicamente el lado económico, ya nos olvidamos del lado científico, ya nos olvidamos del lado humano”.
- “Hay que quitarnos la venda que tenemos para poder ver”.

21 ¿Qué piensas de la liberación femenina?

- “Sería la oportunidad de poder trascender, de poder hacer más allá de lo que ya hace la mujer en su papel tradicional como madre, como ama de casa, como responsable del hogar”.
- “Nos estamos yendo al otro extremo, pero va a llegar el momento en que sí se llegue al punto medio, porque creo que están yéndose hacia el libertinaje”.
- “Estoy de acuerdo pero no deben convertirse en hombres”.

22. ¿Qué crees que necesita la mujer para llegar a ser una buena madre, y qué se necesita para conseguirlo?

- “Podemos decir que una paciente de 13 años que está teniendo un bebé puede ser una buena madre, o cómo podemos decir que por ser una adolescente de 13 años sea mala madre”
- “Para la mujer, yo creo que parte fundamental para su desarrollo como ser humano, no concibo casi yo una mujer que no quiera satisfacer esta necesidad”.
- “Lo que significa ser madre, el objetivo es primero como ya lo mencioné, es estar sano físicamente, estar equilibrados; obviamente para que sea madre bueno necesita sea responsable, se necesita dar buenas costumbres, buen ejemplo, una buena educación a los hijos, yo creo que para ser madre se requiere prepararse la mujer porque

actualmente por ejemplo las jovencitas son madres a una edad muy temprana y ni psicológicamente están maduras para ser madres”.

- “Simplemente vivirlo y desearlo con todas tus entrañas, y vivir el momento, del hijo de convivirlo nada más, no ocupas otra cosa”.
- “La que da todo, la que nos acompaña pero que nos deja ir, que nos apoya y todas pueden ser madres porque madre no es la que los procrea sino la que nos educa”.

23. ¿Consideras que todas las mujeres pueden y deben ser madres?

- “No estoy de acuerdo que se dé valor a la mujer solo por su capacidad de reproducir”.
- “Es algo que te debe nacer, pero a veces como todo en la vida hay cosas que no te nacen y no tienes por qué hacerlas”.
- “Si la mujer necesita para cumplir un ciclo de vida, si le llena ser madre adelante”. “Todas tienen la capacidad de ser madres”, sin embargo, tiene que ver bien, este seamos que a veces hay patologías que impiden que esas madres cuiden adecuadamente a los hijos”.

24. ¿Qué piensas tú cuando estas brindando atención obstétrica?

- “Que es una mujer hermosa, toda embarazada es hermosa, yo en mi consulta siempre les aconsejo que se arreglen, se pinten el pelo, usen crema, etcétera. Lo que pienso primero es cómo se siente, qué piensa, ya después me preocupo de su estado de salud, me preocupan los extremos de la vida sobre todo las embarazadas adolescentes que no saben ni qué onda”.
- “Si una mujer por circunstancias ajenas a su deseo no puede convertirse en madre, creo que hoy en día hay muchas oportunidades para que lo consiga, simple y sencillamente será necesario de que realmente lo desee, para buscar la instancia apropiada para que lo consiga”.
- “Cada quien tenemos un derecho y debemos ejercerlo”.
- “Una maternidad que no es deseada, le va costar tanto a ella como al producto de vivir un entorno muy hostil, que no es deseado”.

- “Lo más importante para mí es la resolución obstétrica, que esté su bebé sano y ella esté sana; para mí todas las pacientes son iguales, merecen el mismo trato y un trato digno, atenderlas con calidad y calidez, no solo ser profesionales”.

25. ¿De todas las mujeres que atiendes, cuál te cuesta más trabajo atender y por qué?

- “Las adolescentes”.
- “Lo maravilloso de ser mujer médico, es de que entregas un poquito de ti en cada paciente”.
- “Para mí todas las personas tienen el mismo valor, no hago diferencias”.
- “Echar mano de la psicología”.
- “Trato a todas las mujeres por igual, algunas son más difíciles de tratar, en relación a que desconocen a veces cuál es el proceso fisiológico del embarazo, del parto y puerperio, etcétera, sobre todo las adolescentes y las mujeres ya muy añosas, estas a veces son un poco muy cooperadoras pero fuera de ello las debemos de tratar por igual y qué bueno porque si todas son diferentes y pues ni modo debemos de entrarle y ya”.
- “Que la mujer que tiene una doble vida ahora si como quien dice una doble vida, en el aspecto que tienen la necesidad de trabajar y que está embarazada con ciertos riesgos, que está teniendo alguna dificultad en sus embarazos, que nos hacen decirles es que para mí tu deberías casi dejar de trabajar en este momento, pero también dice bueno si no trabajo pues con qué como”.

26. ¿Para ti qué es la maternidad y cómo puedes influir en ella?

- “Que es una situación hermosa y yo participo preocupándome por su salud, que tenga un desenlace feliz”.
- “Maternidad será entonces el acto de ser madre, no necesariamente porque la mujer tenga el bebé de su vientre o útero a través de sus genitales”.
- “Que es muy padre convertirse en madre, cuando se quiere y cuando se quiere significa que estás en buenas condiciones de salud, que es un momento apropiado en

tu familia, que es un momento apropiado en tu preparación, en tu hogar, en tu entorno, porque vas a hacer todo lo posible para que salga bien”.

- “Como científico de la maternidad pues es conocido, pero yo creo que algo que la mujer, porque esto es prácticamente de la mujer, es una cuestión que les da su realización personal o sea yo para mí las mujeres que han logrado la maternidad como que las veo más enteras, más completas”.
- “Híjole, creo que es el evento más fulminante de una mujer, donde se puede realizar si es que lo desea ser madre, es la parte más importante de la sociedad”.
- “Las mujeres tienen ese privilegio, el de ser madre, algo que bueno yo siempre lo he dicho, uno como hombre jamás puede sentir eso, desde el hecho de tener contacto con el bebé, y esa comunicación que hay en el vientre materno”.
- “Afortunadamente nos tocó este destino de cuidar a las mamás y qué bueno siempre que lo hago, este lo hago con mucho gusto es mi trabajo y me gusta, y pienso que toda mujer tiene derecho a la maternidad. Que hay que cuidarla y nada más”.