

(Re)Visiones entorno a la identidad de género en mujeres histerectomizadas

Trabajo Final de Grado

Antropología Social y Cultural

Irena Svetlanova Borislavova

irena.svetlanova87@gmail.com

Tutora: Irene Sabaté Muriel

Curso 2013- 2014

Resumen

El presente artículo trata las concepciones en torno a la identidad de género en nueve mujeres que han pasado por la experiencia de una histerectomía. Antes y después de la intervención, las mujeres hablan del temor a la pérdida de su identidad femenina, asociada a su capacidad biológica /perdida/ de concebir, gestar y alumbrar. Uno de los temores más relevantes que experimentan, es el miedo a la sensación de "notarse vacías". Como factor de alivio, en la asunción de su nueva condición, las mujeres destacan la liberadora sensación de la pérdida del ciclo menstrual.

En última instancia se explora la manera en que las mujeres experimentan el proceso de medicalización de sus cuerpos, destacándose la importancia de la relación médico- paciente.

Palabras clave: histerectomía, identidad femenina, maternidad, ciclo menstrual, medicalización.

Índice

Introducción	4
¿Qué es la histerectomía?	6
Metodología	7
I. La identidad femenina y la maternidad	8
Antes y después de la histerectomía	10
II. Temores y consuelos en la histerectomía	13
III. La relación médico- paciente y la medicalización de la mujer	16
Para concluir	20
Bibliografía	22
Anexo metodológico	24

Introducción

Según el antropólogo Levi Strauss¹, el pensamiento humano se ha visto marcado por la clasificación y la descripción de la realidad en base a taxonomías dicotómicas- mente/ cuerpo, cultura/ naturaleza, público/ privado, hombre/mujer, masculino/ femenino, etc. En todas estas dicotomías se observa la priorización del primer término sobre el segundo (Mayobre, 2002). La construcción social de la identidad femenina se ha visto condicionada por la previa presencia de la identidad masculina. En palabras de Bourdieu:

"[...] debido a una "construcción social arbitraria de lo biológico", y en especial de los cuerpos masculino y femenino, de sus costumbres y sus funciones, y en particular de la reproducción biológica, se ha creado y reproducido un modelo androcéntrico de la división de la actividad sexual y de la división social del trabajo, y a partir de ahí a toda la estructura simbólica y social del colectivo". (Bourdieu, 2000: 37)

Este ensayo parte de la teoría de "La dominación masculina" propuesta por Pierre Bourdieu² (2000) y la concepción sobre la construcción social de la sexualidad e identidad de las mujeres y varones, en base a sus funciones biológicas. Según ésta, la figura de la mujer ha sido ubicada en el ámbito de la vida privada y la reproducción biológica del linaje y la familia, por contraposición al hombre que ha ocupado la esfera pública y de la producción. Esta separación histórica ha marcado la división de los roles en la sociedad, relegando a los hombres al rol de fuerza de trabajo (productivo, formal, remunerado) y cabeza de familia, y las mujeres al rol de la fuerza reproductora y la imagen de la maternidad.

En el caso de las mujeres hysterectomizadas, la función bio-social de su cuerpo se ve mermada, y por tanto la cirugía se convierte en una experiencia multidimensional que afecta a su vida antes y después del procedimiento. La extracción de la matriz, órgano por excelencia relacionado con la fertilidad, la reproducción y un símbolo de la feminidad, sitúa a las mujeres delante de una re-significación de sus cuerpos y de la identidad física, emocional y social de los mismos³". (Urrutia; et al, 2013:263- 267)

Por otro lado, siguiendo la línea teórica propuesta por Michael Taussig (1980)⁴, el cuerpo humano, el femenino en el caso que nos ocupa, ha sido objeto de especial interés para la

¹ LEVY, S. (1964) "El pensamiento salvaje", Mexico, D.F.; Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

² Idem

³ Idem

⁴ Idem

medicina, un interés que con el tiempo se ha tornado en un proceso de medicalización de los cuerpos cada vez más intenso (López Carrillo, 2010)⁵. Este proceso ha provocado una reificación de las relaciones entre el médico y los pacientes, que han sido marcadas por la despersonalización y la aplicación metódica de tratamientos que han convertido a los pacientes-personas en “enfermedades”.

A lo largo del ensayo trataré tres temas. El primero es la asociación que mis informantes hacen de la feminidad con la función biológica de la reproducción, englobando esta la capacidad de concebir, gestar y alumbrar. Este primer tema engloba la primera hipótesis que propongo, y es que, *las concepciones en torno a la identidad de género de mis informantes cristalizan y se (re)definen en torno a la maternidad entendida como función y proceso biológico, y el hecho de haber “podido cumplir” con la función reproductora que las mujeres implícitamente perciben como socialmente destinada para ellas.*

El segundo tema se refiere a los miedos y consuelos que experimentan las mujeres cuando se encuentran ante la realidad de la intervención. Como miedo principal las informantes destacaron la sensación de vacío que temen experimentar en su nueva condición y los efectos que ésta pueda tener en su vida íntima. Como principal factor tranquilizador las mujeres hablaron de la ausencia del período menstrual, y la liberación que su cuerpo experimentó por ello.

El tercer tema refleja aspectos referentes a la relación que se establece entre los médicos y las pacientes. Se observa por un lado, la importancia de la confianza a nivel personal entre las pacientes-personas y el médico como profesional-persona y, por otro lado, una separación entre la relación que se establece entre las informantes con el médico ginecólogo, y las informantes y el equipo médico que realiza la intervención.

El proceso de medicalización, referente a la cada vez más amplia jurisdicción de la medicina en procesos de la vida diaria de las personas -y las mujeres-, ha actuado como un mecanismo controlador sobre el cuerpo y el ciclo vital de las mismas. La segunda hipótesis que propongo es que *la identidad femenina en las mujeres entrevistadas se construye en función del ciclo reproductor (menstruación, embarazo/ gestación, amenorrea) que está “definido” por la biomedicina, la cual, a través del proceso de medicalización, ejerce un control sobre los cuerpos de las mujeres.*

⁵ Idem

¿Qué es la histerectomía?

La histerectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de la matriz, cuando este órgano está afectado por alguna patología que afecte la salud de la mujer. Existen diferentes tipos de histerectomía dependiendo de si la extirpación afecta a la totalidad del cuerpo y cuello uterino (histerectomía total), o si se extrae solo la matriz (histerectomía subtotal). Dependiendo de la vía de acceso por la que se realiza la intervención se distinguen la histerectomía abdominal (o por incisión en el abdomen, como si de una cesárea se tratara), la histerectomía vaginal (a través de la vagina, y sin realizar ninguna incisión en el abdomen), y la histerectomía laparoscópica (realizada con un robot, permite una mínima invasión del cuerpo, mediante la realización de tres o cuatro incisiones de tamaño inferior a un centímetro), siendo ésta última la más recomendada. Entre las causas más frecuentes para la realización de una histerectomía se citan el sangrado uterino anormal, menstruaciones anormales, miomas y fibromas del útero, prolapso o caída del órgano pélvico y cáncer.⁶

Según un informe del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada del año 2011⁷, la histerectomía es la cirugía ginecológica más frecuente después de la histeroscopia⁸. Según el mismo informe, este procedimiento es la segunda cirugía ginecológica más practicada en Estados Unidos después de la cesárea, dejando una estadística de aproximadamente 500000 histerectomías anuales. Las estimaciones son de que a una de cada tres mujeres de este país se le habrá extirpado el útero antes de los 65 años de edad. En el hospital de Granada durante el año 2009 se realizaron 279 histerectomías, 68% abdominales, 25% vaginales, 9% asistidas por laparoscopia. (Margot Torres, 2011)

⁶ Definición general del procedimiento extraída de las entrevistas realizadas con la doctora Muñoz y la información proporcionada sobre el mismo del centro Quirón Teknon de Barcelona- clínica especializada en esta intervención. Más información disponible en <http://www.teknon.es>

⁷ MARGOT R., Torres, O. (2011) "Histerectomía abdominal", Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

⁸ Histeroscopia: intervención poco agresiva que consiste en la introducción de un tubo delgado e iluminado en la vagina, permitiendo un examen o una intervención en el sistema reproductor femenino, evitando en algunos casos la necesidad de una histerectomía. Fuente: Diccionario médico en línea Medline Plus del Instituto Nacional de Salud de EEUU. www.medicineplus.com

Metodología

Concretar el tema y el objeto de estudio en esta investigación no fue una tarea fácil para mí. Los temas reflejados en él forman parte de una investigación mucho más amplia. Mi primera idea era investigar en qué manera opera el discurso genético promovido por la medicina occidental para la prevención del cáncer en mujeres con riesgo mayor de padecerlo, cómo las portadoras de las proteínas BRCA1 y BRCA2. Las prácticas que permiten la reducción del riesgo de la enfermedad son la histerectomía y la mastectomía o la extirpación de útero y senos. Por tanto mi idea inicial era adentrarme en el contexto de este procedimiento e investigar de cerca los itinerarios- físicos, psicológicos e identitarios- que las mujeres afectadas experimentan. Sin embargo el acceso a un perfil tan concreto de informantes y el ritmo de desarrollo de la investigación poco favorable, me obligaron a concretar otros temas de estudio. Pude establecer contacto con mujeres que han pasado por una histerectomía, como método preventivo a trastornos diversos que cambian según el caso de cada informante.

Mi primera informante fue una amiga de mi madre, a la que me refiero en este ensayo como Ana⁹; fue operada en diciembre del 2013. Con ella tuve los primeros contactos con el entorno de la intervención. Poco después otra conocida- Fina- fue diagnosticada con fibromas benignos en el útero, y fue operada en el mes de febrero del 2014. Realicé la observación participante en las clínicas en las que se efectuaron las intervenciones de las informantes.

Ana, Fina y Elvira, son las tres informantes que han pasado por el procedimiento, después de haber sido madres biológicas. Las tres tienen perfiles similares- clase media, casadas y con al menos un hijo/a.

El resto de la muestra de informantes se torna más variable. Bea, Claudia, Diana e Inés tienen un perfil similar entre ellas- edad en torno a los 35 años, sin hijos, y con una extirpación de la matriz, siendo esta subtotal en Bea y Diana, que conservan un ovario.

Gladis y Helena son las más jóvenes del grupo entrevistado, de 24 y 29 años de edad respectivamente. Han padecido una histerectomía total y no tienen hijos biológicos.

El trabajo de campo tuvo una duración desde noviembre del año 2013 hasta mayo del año 2014. Pude realizar algunas entrevistas informales con la Doctora Muñoz, ginecóloga de Ana. Es en estas en las que me baso para las definiciones más técnicas y médicas del procedimiento. Pude observar de cerca la relación y el trato que tenía la doctora hacia Ana y

⁹ Todos los nombres de las informantes y personas entrevistadas en este ensayo son ficticios.

me llamó la atención que este era muy amigable, en contraste con el trato que tanto ella como Fina recibían por los profesionales que las atendían durante la estadía en el hospital. De estas observaciones, y las conversaciones al respecto con Ana, Fina y el resto de la informantes surgió el interés por la relación que se establece entre el médico y las pacientes, tema que planteo al final del ensayo.

Respecto a las entrevistas y la relación que yo establecía con las informantes, en más de una ocasión sentía la duda de si en algún modo mis preguntas o la manera en que gestionaba las conversaciones pudiera sugestionar o influir en la respuesta que recibía. La cuestiones sobre qué entienden ellas por *ser mujer* o *feminidad*, por ejemplo, nunca estuvieron presentes en este formato literal durante las conversaciones, ya que temía que asociaran la respuesta directamente con la intervención a la que estaban sometidas. Mi impresión sobre la importancia de la maternidad biológica para ellas, como representativa de la feminidad proviene de conversaciones que giraron en torno a muchos otros temas, como la reproducción asistida, el vientre de alquiler, las adopciones, etc.

La bibliografía utilizada para el ensayo se basa en los recursos proporcionados a lo largo del grado, y las referencias legislativas fueron extraídas del Boletín Oficial del Estado¹⁰.

En cuanto a los perfiles de las informantes, dejo adjunto en el Anexo 1 un cuadro explicativo.

I. La identidad femenina y la maternidad

Las primeras teorías de la identidad afloran en Estados Unidos entre los años veinte y cincuenta del siglo XX. Estas planteaban que la relación personalidad- cultura es circular, ya que la personalidad se forma con la internalización de la cultura, y la cultura a su vez, es una proyección de la identidad. En esta visión la identidad se referiría a un sentimiento coherente del “self” o la percepción por parte del individuo de ser el mismo que la visión proyectada al exterior que tienen de él tanto los demás como él mismo. La identidad se interpretó así como una auto- imagen histórica y culturalmente arraigada de un grupo de personas que ha sido delineada y reformulada por el contacto directo con otros grupos de personas¹¹. (Meijil, 2008)

Partiendo de esta idea podemos definir identidad como la unión de múltiples procesos fisiológicos, culturales, históricos, psicológicos. En este sentido, y en el contexto de la modernidad, el cuerpo se ha convertido en un eje dentro de las interacciones sociales, en

¹⁰ <https://www.boe.es>

¹¹ Idem

tanto que se plantea como un efecto y agente social¹². (Le Breton, 2010)

El interés por el estudio del cuerpo humano durante el Renacimiento se vería marcado por el isomorfismo que caracterizaría la medicina hasta el siglo XVIII y que definiría y describiría a la mujer como la versión biológica menos perfecta del hombre. El órgano que vendría a marcar la diferencia sería el útero.

“La creación de discursos y prácticas curativas por parte de la comunidad médica- psiquiatras y ginecólogos predominantemente- asociarían todas las patologías femeninas de manera directa e indirecta con esta nueva parte del cuerpo. La identificación de la mujer -y la identidad de la mujer- desde aquel momento y durante los próximos cientos de años fundarían sus orígenes en el aparato reproductor en general, y el útero en particular”. (Ortiz Gómez, 2002: 35- 37)

La función biológica de las mujeres- la capacidad reproductora- se convertiría así en su función social primera, quedando relegadas a la vida privada de los hogares, donde podrían ejercer de madres y cuidadoras, para permitir la continuación del linaje.

La dominación masculina ejercida en Occidente, enormemente reforzada por esta división sexual del trabajo, donde el hombre es la fuerza productora y la mujer es la fuerza reproductora, marcarían la identidad femenina. (Bourdieu, 2002)

La sociedad española ha experimentado un proceso de modernización muy acelerado en las últimas tres décadas. Tras un largo período de dictadura franquista en el que la natalidad era considerada un bien valioso, e incluso premiado, y la mujer era la encarnación de la madre de la patria, desde el año 1978 en el que se aprueba la primera ley que reconoce la ciudadanía y la independencia de la mujer¹³, se ha ido experimentando cada vez más la liberación de la mujer española y su incorporación activa al mercado laboral. En estos momentos de cambio aparecería la liberación de la mujer como madre, desvinculándola del rol de madre por obligación y llevándola hacia la maternidad libremente deseada y escogida¹⁴. (Aler Gay, 2008)

¹² Idem

¹³ Artículo 39.2 de la Constitución Española, del 1978. Versión on- line: <http://noticias.juridicas.com>

¹⁴ Idem

Antes y después de la histerectomía

En las entrevistas realizadas con las informantes, se observa que la definición y conceptualización de la identidad femenina pasa por la asociación de la mujer con el cumplimiento de su función biológica de reproducción, cuando se encuentran ante la realidad de la inminente pérdida de esta función. Antes de ser intervenidas, todas explican el temor que sintieron ante la extracción de la matriz, y la sensación de que esta venía acompañada por la pérdida de su feminidad.

Las mujeres entrevistadas se pueden dividir en dos grupos, dado su perfil de maternidad- las que han tenido hijos antes de la intervención y las que no. Este hecho se ha notado en la expresión de sus temores en torno a la intervención, y ha influido en su proceso de asimilación de su nueva condición. Ana y Fina explican que se sintieron asustadas ante la intervención, pero para ellas fue un factor de alivio el haber sido madres biológicas ya.

“Ufff, claro... el primer momento es muy duro... piensas que ya no soy mujer, se me cambiará el ciclo hormonal, se me cambiará el humor. Si tuviera veinticinco años si que me cambiaría toda la vida, pero ahora [refiriéndose al hecho de haber tenido hijos] no me importa.”(Ana, 50 años, 1 hijo)

“Estoy mejor ahora que antes. Y respecto a que me quitaron la matriz, la verdad es que una vez que has tenido hijos ya no importa tanto. A mi edad sobretodo, ya no es tan importante. Si te pasa a los 20 te confunde todos los planes. No poder tener hijos tuyos... No sé, creo que toda mujer quiere tener hijos que sean suyos; con los tratamientos de fertilidad vale, y con todas esas cosas del vientre que se alquila, pero no pasas el embarazo y creo que todas de una u otra forma lo queremos pasar”.
(Fina, 48 años, 1 hijo)

En el caso de las informantes que no han tenido hijos el proceso de aceptación de su nueva condición se presenta como algo mucho más traumático. Si bien es cierto que actualmente las mujeres españolas han podido liberarse de la sombra de la maternidad que debe sucederse en algún momento de su ciclo vital para cumplir con su destino biológico y social (Aler Gay, 2008), también es cierto que para las mujeres que son privadas de la posibilidad de cumplir con esta función/destino el conflicto identitario se presenta como algo cargado de pesares:

“En mi caso se me informó a posteriori de la intervención que se me había practicado histerectomía parcial, dejando ovarios y trompas. No paré de llorar en días. No tengo hijos, tampoco

tenía pareja y sentía que ya no podría tenerla porque había perdido parte de mi feminidad. [...] me costó mucho asimilarlo, y más todavía saber que no podré tener hijos.” (Bea, 33 años, sin hijos)

“Es difícil saber que no podrás ser madre por la “vía normal”. En España el vientre de alquiler es ilegal todavía y además es procedimiento muy caro. Es doloroso ver a los amigos en familia con barrigas y con sus hijos mientras tú estas allí sufriendo y queriendo ser madre... pero no puedes.” (Claudia, 35 años, sin hijos)

“Hace ya 6 años y todavía me afecta mucho [...]en fin, no es justo, que haya mujeres por allí que no saben cuidar a sus propios hijos y tienen cinco, y luego gente como yo o las mujeres que pasamos por lo mismo, con vidas normales, bien sentadas, con trabajo fijo, novios, casa, etc., no podemos ni pensarlo.” (Diana, 35 años, sin hijos)

Las mujeres entienden como parte fundamental de su realización “como mujer” el hecho de ser madre -el hecho de tener la opción de decidir si quieres serlo o no, dado que el cuerpo femenino dispone de tal función. A pesar de que la maternidad es un proceso multidimensional, que engloba no solo factores fisiológicos, sino también sociales y culturales, la concepción que tienen de maternidad las informantes, se define en torno a los procesos biológicos de la concepción, la gestación y el alumbramiento.

La concepción de la maternidad reflejada en las declaraciones de las informantes, coincide en su arraigo biológico con la proporcionada por el Estado Español en materia de políticas de la reproducción asistida; según el artículo 10. 2 de la Ley de reproducción asistida y en referencia a la gestación por sustitución se establece que la filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto.¹⁵

Como explica Gonzales Igareda, el estado de bienestar español está muy arraigado al modelo del varón sustentador del hogar (*male bread-winner model*), que adjudica al hombre la función del varón sustentador y a la mujer la función de cuidadora reproductora (Gonzales Igareda, 2008).

A pesar de los grandes cambios que se han dado en la sociedad, este modelo sigue muy integrado en la manera de pensar de mis informantes; cuando se encuentran atrapadas entre el ideal social que tenían elaborado sobre lo que representa su persona y la realidad de no poder cumplir ese ideal, surge un conflicto existencial para ellas, que posteriormente se

¹⁵ Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm. 126, de 27/05/2006. Ref.: [BOE-A-2006-9292](#)

manifiesta con la redefinición de sus identidades a través del establecimiento de nuevos propósitos, deseos y objetivos.

Las entrevistadas que se han sometido a un histerectomía elaboran un proceso (mental) de reconstrucción de su propia identidad. Una vez más se percibe la diferencia respecto a la asimilación de la experiencia por las mujeres que han sido madres, respecto a las que no.

“Lo acepto con mucha calma, y como te dije estoy mejor ahora. Una vez has tenido hijos, y si no piensas tener más, ya es otra cosa.” (Fina, 48 años, 1 hijo)

“Cada experiencia es única, y depende mucho de la actitud. Para algunas mujeres es muy difícil emocionalmente, o por que no han tenido niños o por que el diagnóstico no es bueno; sea como sea, una vez extirpado el problema, solo queda mirar para adelante. Te tienes que esforzar en recuperarte y encontrar cosas que te hagan reír, ya que no lo hará nadie por ti; yo aun tuve suerte y me pasó después de tener mi niño” (Ana, 50 años, 1 hijo)

En el caso de las mujeres que no han podido tener hijos biológicos, el proceso de asimilación está marcado por sentimientos de tristeza, melancolía y pesar, pero en el mismo modo, que las informantes que ya tuvieron hijos, intentan reconstruir sus vidas focalizándose en aquellos aspectos que consideran positivos de su nueva condición.

“Cuando conoces gente que le han extirpado todo, piensas a ver... tu todavía tienes tus óvulos y eso es ¡maravilloso! ¡Ya no te focalizas en lo que no tienes, sino en lo que tienes! (Bea, 33 años, sin hijos)

“Son muchas cosas que tienes que considerar, pero aceptas que el hecho de no tener matriz u hijos no es lo que te hace mujer. Y lo mas importante es estar bien para disfrutar todo lo que la vida nos da. Pensar en todas aquellas cosas que puedes hacer ahora, sin preocuparte de que se te pase el arroz [risas]” (Helena, 29 años, sin hijos)

“Me dije a mi misma, ¿a ver? Que son estas tonterías de que no lo puedes superar. ¡Es que no hay nada que superar! Lo aceptas y planeas tu vida de otra manera, e igualmente encuentras la felicidad... está en hacer todo lo que haces con amor. A viajar, a conocer lugares y personas, y ya se verá...” (Gladis, 24 años, sin hijos)

“Estoy bien, estoy feliz, pero duele mucho como mujer no poder tener hijos propios.”(Diana, 35 años, sin hijos)

Si bien es cierto que las mujeres pasan por un proceso traumático que se desencadena con la intervención que se les practica, también es cierto que mentalmente de-construyen y re-construyen los conceptos de maternidad y feminidad; una vez asimilada su nueva condición amplían los horizontes de su comprensión y conceptualización y de su propia identidad. En el caso de las informantes que han sido madres biológicas se percibe la sensación de alivio por haber podido cumplir con esta función; en cambio en las mujeres que no han podido serlo y no podrán serlo se percibe la sensación de tristeza y luto, que en algún modo marcará su experiencia vital para siempre.

II. Temores y consuelos en la histerectomía: “quedarse hueca” versus “¡adiós regla!”

Antes y después de la intervención las mujeres elaboran un peculiar proceso mental sobre lo que les está a punto de suceder y la nueva condición en la que se encontrarán, y ellas mismas reconocen que acaban elaborando un sistema de pros y contras, donde uno de los factores que más miedo les provoca es el vacío que dejara la extracción de la matriz; el consuelo que se opone a este temor es la ausencia del ciclo menstrual.

Tanto en el caso de las mujeres que han sido madres como en el caso de las que no, el hecho de someterse a la intervención se ve marcado por el estigma de “la mujer infértil”. Según Goffman, el estigma refleja un atributo que es poco apetecible o despreciable y siempre se refiere a algo que falla en una persona. Las personas que son estigmatizadas, son percibidas y se auto perciben de manera negativa. (Goffman, 1986).

Al asociar el ser completo de persona/mujer, con la función correcta de uno de sus órganos/matriz, cuando éste no funciona, la persona/mujer se ve ensombrecida por la inutilidad y, en el caso de la maternidad, por la sombra de la infertilidad. Al asociar la función de éste órgano con la totalidad del ser de la mujer, cuando éste es extraído, la totalidad es vaciada. El más grande de los temores que enfrentaron las informantes ante la histerectomía fue el miedo a la sensación de vacío, o de quedarse huecas.

“Había escuchado eso de que te siente vacía y tenía miedo... Después de la operación me dije: ¡A ver, ¿ cuánto mide un ovario?- unos dos centímetros; es como una almendra! Es inevitable que no

puedas parar de pensarlo, pero después de la operación todo se simplifica ya. Empecé a vivirlo como otra experiencia. (Inés, 36 años, sin hijos)

“Me imaginaba que en el espacio que dejaba el útero habría un vacío donde se produciría hasta eco. [risas] Pero el doctor me explicó que nada flota en el organismo y que los órganos se acomodan.” (Fina, 48 años, 1 hijo)

“Claro que tenía miedo... pero gracias a Dios y al apoyo de mi familia, me decidí a hacerme la operación, por que quería seguir viviendo SANA para mis hijas, y para mi claro... Y eso de que "las mujeres se quedan huecas" no es verdad, porque el ser mujer va mas allá de tener matriz...o tener hijos... además es algo que ni se nota. Y las relaciones sexuales no se ven realmente afectadas.” (Elvira, 50 años, 2 hijas)

En el caso de las mujeres entrevistadas, el estigma de la infertilidad las afecta a nivel personal e íntimo, dado que ellas mismas recalcan que la extracción de un órgano como la matriz “es algo que no se ve” y solo una misma decide si compartir o no con las personas. Aquí el estereotipo de *la mala madre*- aquella que puede tener hijos pero no quiere tenerlos- se impone con más peso negativo socialmente, que la mujer que ha sido desposeída de esta función, y sufre por no poder cumplirla (Alberdi y Escorio en Igareda y González, 2008).

El significado que la mujer da a la histerectomía puede influir directamente en el proceso de toma de decisión de someterse o no al procedimiento.

“No quería operarme, lo fui aplazando años, con una anemia que me mataba. Hoy no me arrepiento, gané en calidad de vida, me olvide de las compresas que parecían pañales [y de los pañales de bebé también me olvidé], y de las pastillas de hierro por que tenía una menstruación muy fuerte, abundante y molesta.”(Inés, 36 años, sin hijos)

La predisposición delante de la cirugía se ve afectada por las valoraciones y estereotipos - positivos o negativos- que existan en la sociedad sobre esta intervención y sus consecuencias. En esta línea, a través de la difusión cultural de mitos y creencias acerca del procedimiento, se crea un estigma social sobre las mujeres histerectomizadas, que afecta de manera negativa la experiencia pre y post operatoria de las afectadas. (Urrutia; et al, 2013) En contraposición al miedo inicial que les provoca la intervención, antes y después de la misma, las mujeres entrevistadas resaltan que uno de los factores *buenos* dentro del proceso

que experimentan es la despedida definitiva del ciclo menstrual. La presencia del mismo durante el ciclo hormonal femenino ha sido objeto de múltiples mitos y tabús. Desde la menarquía y hasta la menopausia, el período considerado fértil de la mujer y durante el cual es apta para convertirse en madre biológica, ha sido también el período que ha delimitado la jurisdicción de la medicina en el ciclo vital de las mujeres; en este sentido, es el periodo durante el cual el cuerpo de la mujer es objeto de intervenciones y prácticas por parte de la medicina (López Carrillo, 2010). En respuesta al control, el cuerpo femenino se ha convertido en un terreno de lucha e reivindicación; este proceso pasa por la desmitificación y destrucción de los mitos negativos- aquellas cualidades que atentan contra la identidad femenina por ser socialmente percibidas como poco deseables.

En las entrevistas con las informantes se percibe, sin embargo, cómo en su imaginario, el tabú de la menstruación persiste; se refirieron a la pérdida del ciclo menstrual como una experiencia liberadora y algo en la lista de los pros, que juega a favor de adquirir la nueva condición de mujer hysterectomizada.

“Antes de la operación pensaba para mi: ¡todo estará bien! Recuerda que tu salud es lo más importante. ¡Y solo piensa en la ventaja- no más visitas mensuales- es súper cómodo!” (Gladis, 24 años, sin hijos)

“Te pones a mirarlo con buen ánimo porque lo mas positivo de todo es que ¡Ya no te viene la regla nunca mas! ¡No más diez días al mes perdidos e inutilizados! ¡No mas stocks de compresas, no más tampones en época de playa, no más cruzar los dedos en aniversarios!” (Bea, 33 años, sin hijos)

“Me venía dos veces al mes, muy abundante y muy aparatosa, como siempre. Nunca me he podido ir de viaje tranquila, porque siempre pensaba en que me bajaré y en la incomodidad que eso me suponía a mi. De hecho, en todas mis vacaciones no se ha separado de mi, (risas). Ahora ya respiro tranquila.” (Fina, 48 años, 1 hijo)

A las mujeres se les educa desde pequeñas en que la menstruación es algo sucio y repulsivo, que ha de ser ocultado, y que genera incomodidades y molestias a lo largo del ciclo vital. Recientemente ha habido un levantamiento contra el tabú de la menstruación por parte de algunos artistas y grupos feministas.¹⁶

¹⁶<http://eldesconcierto.cl/las-feministas-que-desafiaron-el-pudor-de-la-menstruacion/>

III. La relación médico-paciente y la medicalización de las mujeres

Uno de los aspectos que me llamaron la atención en la relación que las informantes establecían con su médico, es que ésta se dividía en dos etapas diferentes. En un primer momento está la relación que ellas han establecido con su ginecólogo, al que acuden a hacer sus revisiones en la vida diaria. Ana y Claudia me comentaron que habían tenido que cambiar de ginecólogo por diferentes motivos. Cuando las profesionales que tenían asignadas las diagnosticaron ambas buscaron una segunda opinión, la de su doctora de "toda la vida".

"Cuando la doctora de la mutua me lo dijo, como no era mi doctora de toda la vida me puse a buscar donde tenía la consulta la mía... la que me había llevado siempre. Tuve una gran suerte porque hacia poco que se había pasado a la mutua y me pudo llevar ella." (Claudia, 35 años, sin hijos)

"La primera doctora a la que fui me dijo que sí, que había que sacarlo todo. Total- me dice- ya has parido y tienes más de 45 años. Enseguida me fui a buscar una segunda opinión!" (Ana, 50 años, 1 hijo)

En este primer momento las mujeres me hablaron de lo importante que es para ellas la relación de confianza que tienen con sus ginecólogos.

"[...] Me llevó él [doctor] toda la vida y trajo mis hijas al mundo. Cuando me dijo lo que pasaba, me dio varias opciones- antes de operar medicación y tal... pero tarde o temprano se habría llegado a la cirugía, así que me ahorré unos años de tratamientos y molestias." (Elvira, 50 años, 2 hijas)

"Yo estoy muy contenta con mi doctora, es la que me llevó toda la vida. Confío mucho en ella, y si no hubiera sido ella la que me diagnosticó, vamos... habría ido a buscar otras mil opiniones antes de decidirme." (Fina, 48 años, 1 hijo)

En un segundo momento, las informantes establecen otra relación, que es la que se forma con los profesionales del hospital durante su estadía, con el equipo médicos que las opera- y el cirujano en concreto, y como en el caso de Helena, con diferentes profesionales de los servicios de urgencias del hospital.

"Empecé con los médicos de urgencias, los ginecólogos, que me atendían. Es un trato muy frío la verdad, y yo se que no tienen tiempo pero a veces me hacían sentir como si me inventara los dolores

y los problemas [...] al final tuve que irme con el doctor de una amiga, que bueno... me trató como si fuera su hija desde el principio.” (Helena, 29 años, sin hijos)

En esta segunda etapa, las mujeres hablan de la sensación de frialdad y desamparo que sintieron en el trato por parte de los profesionales, que contrasta con la calidez de la relación establecida con el ginecólogo habitual. En esta etapa la interacción que se establece entre los profesionales y las pacientes es de una duración mucho más corta; normalmente la intervención y la estadía en el hospital no sobrepasan los siete días. Quizás este sea uno de los factores que obstaculizan el desarrollo de una relación más cálida entre las personas, pero también es cierto que durante las revisiones diarias en el hospital, he podido observar que la despersonalización de la relación entre ambos viene por parte del médico, y no por parte de las pacientes. Los médicos entran en la habitación, y después de saludar secamente, instan a los presentes que salgan ya que a la “enferma” le toca revisión. Lo mismo sucede con las enfermeras, que cambian las sábanas y revisan a la paciente en períodos de tiempo muy limitados, y en algunas ocasiones falta una interacción personal y humana entre esas y las mujeres.

<<En las revisiones médicas no se me permite estar, pero cuando vienen las enfermeras para cambiarle las sabanas, he podido observar que la calidez humana se echa en falta. Entran muy rápido, a veces ni saludan. Fina habla mucho, y es muy sociable, cómo ella misma dice. Ha intentado “crear buen rollo” en la habitación con los profesionales que entran, pero parece ser que todos tienen mucha prisa. Fina me dijo: “El médico que me operó no lo conozco; vamos... he estado con él en lo que va de días como mucho una hora, sumando los ratos de las revisiones. Y las enfermeras van a toda pastilla, y a veces son un poco bordes.”>> (Extracto del diario de campo- 6 de febrero de 2014)

*<<Estamos reunidos en la habitación de Ana; su marido se acaba de ir. Me quedaré con ella hasta que llegue su madre, sobre las 2 del mediodía. Es el segundo día tras la operación. Me comentó que por la mañana el médico había sido algo “bruto con ella”. La exploración consiste en observar el estado de las heridas y apreciar si están cicatrizando bien. La operaron por laparoscopia. Ana lleva un catéter que va unido a un tubo, que todavía está insertado en su vientre, a través de una de las incisiones que dejó el robot. A través de este sistema, sigue eliminando sangre residual de su vientre. El médico estiró el tubo de manera muy brusca provocándole un dolor intenso y agudo en el vientre. Ana me comentó que se había disculpado, alegando que tiene mucha prisa, que el hospital es grande y la ronda acaba de empezar. Ana me dijo: “**Esto no es como una consulta con la ginecóloga que va con mucho cuidado. Aquí van a lo bestia. Te trastean como si fueras parte de la decoración a veces (risas).**”>> (Extracto del diario de campo- 13 de diciembre del 2013)*

El antropólogo Michael Taussig (1980) ha planteado como un problema antropológico en la salud la distinción (que debería hacerse pero no se efectúa siempre) entre el cuerpo biológico y el cuerpo social de las personas enfermas. El cuerpo de los pacientes, sobretodo si está enfermo, según el autor, se cuestiona sobre las causas por las cuales le sucede la enfermedad, cuestiones a las que la medicina no aporta una clara respuesta. Las personas enfermas son “dependientes y maleables en las manos del médico” y esta condición las convierte en influenciables por los moralismos y la manipulación del médico, y el sistema médico en manera más generalizada.

“Esto le da al médico una entrada poderosa a la psique del paciente, y acceso a la desestructuración de la convencional manera de pensar y entender del paciente y a su personalidad social.” (Taussig, 1980: 4)

En este sentido, las informantes explican que la relación de confianza establecida con sus ginecólogos ha sido muy importante, ya que ellos como figuras profesionales les han ayudado en la asunción de su nueva condición.

“Como me dijo el doctor (el ginecólogo) después de la operación: “Yo no se de qué te vas a morir, pero no será por cáncer en los ovarios o en el útero”. [...] Ahora te toca mirar pa’ delante y ver to’ lo que te queda por hacer. Que eres muy joven y tienes el mundo a tus pies.” (Helena, 29 años, sin hijos)

Sin embargo, la relación precipitada y restringida que se establece con el equipo médico en el proceso más importante de la intervención, que es la estadía en el hospital, es descrita como impersonal y fría. Las mujeres como pacientes y enfermas se sienten olvidadas en tanto que personas que están a punto de pasar por una experiencia que las marcará para toda la vida, y sienten durante su estadía en el hospital, que sus cuerpos son objeto de la medicina, y sus personas están sustituidas por la enfermedad- sienten que la medicina controla sus cuerpos.

El término “bio-medicalizar” se refiere “al proceso a través del cual algunos aspectos de la vida que anteriormente estaban fuera de la jurisdicción médica gradualmente se incluyen en ella”¹⁷ (Clarke et al., en Pavone, 2007: 85). En el caso de las mujeres, este proceso ha operado desde el momento en el cual “fenómenos vitales como la menopausia,

¹⁷PAVONE, V., (2007) “Biotecnologías y cambio social, ¿derecho a la salud o derecho a estar sanos?” en *Ingeniería genética, biomedicalización y elección individual.*) Consejo Superior de Investigación Científica- CSIC, vol. 2 nº 1, pp.: 77-92.

la menstruación, el embarazo y el parto, [...] dejan de contemplarse como procesos naturales, como etapas de la vida que el cuerpo puede afrontar con sus propios recursos, para ser vistos como problemas médicos en sí mismos [...]”.(López Carrillo,2010:1)

La medicalización del ciclo reproductor de la mujer se presenta como una exigencia social, en tanto que ofrece una solución a los problemas sociales relacionados con la reproducción. Medicalizar el cuerpo es medicalizar las conductas de las personas, y esto implica imponer reglas y controles en la vida diaria. La construcción social de las conductas *sanas* se contraponen a la construcción social de las conductas *insanas* que se asume que las mujeres tienen en su día a día¹⁸. En el proceso de medicalización intervienen otros factores como la necesidad de instituciones, servicios, fármacos e investigaciones que perpetúen el proceso. Por tanto, hay un beneficio económico que mueve gran parte del proceso. Las tecnologías y tratamientos aplicados sobre los cuerpos de las mujeres, para cuyo uso son habilitados los médicos, las alienan de su propio cuerpo, de la enfermedad y del control que puedan sentir sobre ellos.

«Los ginecólogos no hablan de la mujer como un ser humano, sino como una enferma. No ven en ella funciones activas o sociales, salvo las que tienen que ver con la reproducción. La ginecología española establecida representa una visión masculina de la mujer, como ser enfermo, enfermable, o productor de enfermedades al varón o a sus propios hijos» (De Miguel en Juan, 1993: 38).

Aler Gay cita que, según informes de la OMS, la sociedad española presenta una de las tasas más altas de intervencionismo tecnológico médico y hospitalario en el embarazo, parto y crianza, muy por encima de los márgenes estimados necesarios por la misma organización. (Alier Gay, 2008)

Por otro lado, el terreno del conocimiento médico está vedado para los pacientes; los médicos se comunican con términos y lenguajes que escapan a la comprensión de los enfermos. Encontrar un lenguaje común, que haga sentir al paciente que entiende la condición por la que está pasando, aliviaría la inseguridad y la incertidumbre emocionales por las que pasan, al no ser capaces de comprender lo que les ocurre a sus cuerpos.

¹⁸ JUAN JEREZ, M., (1993) “Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción”, Universitat de Barcelona.

“Pues mira, me han practicado una histerectomía total por laparoscopia- asistida por robot- [...] o lo que es en cristiano, me han sacado el útero [risas]. Ya que aprendí palabras nuevas, al menos me luzco y las uso.” (Elvira, 50 años, 2 hijos)

La relación médico/paciente, en este caso, vuelve a ser una expresión dicotómica de la clasificación, en la que el médico se sitúa en primer lugar de la jerarquía, dotándose así de una situación de dominio y poder en la relación. Los pacientes adoptan una posición pasiva, se convierten en objetos de la medicina, y de un proceso de medicalización que amplía cada vez más los límites de su jurisdicción en la vida de las personas.

Para concluir

En palabras de Marcela Lagarde (1990):

“Los desfases entre el deber ser y la existencia, entre la norma y la vida realmente vivida, generan procesos complejos, dolorosos y conflictivos, [...] porque las mujeres viven estos desfases como productos de su incapacidad personal para ser mujeres, como pérdida y como muerte. Otras pueden encontrar además, simultánea y contradictoriamente, posibilidades de búsqueda y construcción propia y colectiva gratificantes”¹⁹. (Lagarde, 1990:3)

Los grandes avances que ha experimentado la sociedad española en políticas de género, y la liberación de la mujer a nivel identitario de los estreñimientos de la concepción tradicional de la mujer-madre, le han permitido integrarse en la vida social; pero en palabras de Bourdieu (1991), la vida diaria de las personas no se cambia por decretos y políticas, y las costumbres, los quehaceres, los estereotipos e ideales, todavía persisten en el imaginario social, y siguen perpetuándose a través de las conductas de las personas casi de manera inconsciente²⁰.

La maternidad como hecho biológico se ha transformado, en tanto que las mujeres sienten la libertad de experimentarla en las circunstancias en las que ellas lo deseen. Sin embargo, en el caso de las mujeres entrevistadas, el proceso de reconstrucción de la identidad de género cristaliza en torno a esta concepción biológica y social de su persona, para pasar así

¹⁹ Ídem

²⁰ Ídem

por el duelo de una maternidad negada, que sin embargo les permite alumbrarse a sí mismas como mujeres, más allá del mandato social.

La práctica de la histerectomía, como práctica médica que actúa sobre el cuerpo de la mujer y sobre la identidad de la misma, forma parte de un proceso amplio de medicalización del ciclo vital de las mujeres. Tratándose de un procedimiento que afecta de manera directa la identidad de las mujeres, y siendo uno de los más practicados en ginecología, creo que es de interés realizar una investigación mucho más amplia que la presente, sobre en qué circunstancias se practica y cuál es el efecto cualitativo que tiene en la vida de las pacientes, más allá de las estadísticas numéricas que exponen sus ventajas.

Tomando como referencia una creciente denuncia que se ha formulado, por parte de académicos y colectivos de mujeres, sobre la práctica indiscriminada de la intervención en EEUU y Canadá²¹, considero que sería interesante proseguir la investigación ampliando los datos para el caso del Estado español y Cataluña.

²¹ BRILL, A., (2006) "Hysterectomy in the 21st century: different approaches, different challenges", Clinical Obstetrics and Gynecology, Volume 49, Number 4, pp.: 722- 735.
<https://nwhn.org/you-heard-it-here-first-hysterectomy-benign-conditions-isnt-so-benign-after-all>
<http://edition.cnn.com/2008/HEALTH/03/03/healthmag.hysterectomy/index.html?iref=newssearch>

BIBLIOGRAFÍA

ALER GAY, I., (2008) "Sociología de la maternidad como proceso de transformación social en España: 1978- 2008" en BLÁZQUEZ GARCÍA, M.J., (2008) "Maternidad y ciclo vital de la mujer", Cursos de verano 2008, Universidad de Zaragoza.

BOURDIEU, P. (1991) "El sentido práctico", Madrid, Ed.: Taurus.

Ídem, (2000) "La dominación masculina", Editorial Anagrama, S.A., Barcelona.

BRILL, A., (2006) "Histerectomy in the 21st century: different approaches, different challenges", Clinical Obstetrics and Gynecology, Volume 49, Number 4, pp.: 722- 735.

LE BRETÓN, D., (2010) Antropología del cuerpo y modernidad, Buenos Aires, Ed.: Nueva visión100

GÓMEZ ORTIZ, T. (2002) "El papel del genero sobre la construcción histórica del conocimiento científico" en GARCÍA RAMOS; e., (2002) "La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud", I Congreso Nacional, Murcia, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

GOFFMAN, E., (1986) "Estigma: la identidad deteriorada", Buenos Aires, Ed.:Amorrortu

JUAN JEREZ, M., (1993) "La creación del nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción", Universitat de Barcelona.

LAGARDE, M. (1990) "Identidad Femenina", Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A.C.- Méjico.

LEVY STRAUSS, C. (1964) "El pensamiento salvaje", México, D.F.; Buenos aires: Fondo de Cultura Económica.

LÓPEZ CARRILLO, M., (2010) "La medicalización de la vida y la salud de las mujeres", Xarxa de Dones per la salut de Catalunya, Revista Mujeres y Salud, Versión on line: <http://www.caps.cat/>

MARGOT R., Torres, O. (2011) “Histerectomía abdominal”, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

MAYOBRE, P. (2002) *Repensando la feminidad en “Igualmente diferentes”*, Congreso nacional de educación en Igualdad. Ed. Xunta de Galicia. Servicio Galego de Igauldade. Santiago de Compostela, España, pp. 153- 156

MEIJIL, T.V., 2008 “Culture and identity in anthropology: reflections on “unity” and “uncertainty” in the fialogical self”, *International Journal for Dialogical Science*, Vol. 3, No. 1, 165- 190

PAVONE, V., (2007) “Biotecnologías y cambio social, ¿derecho a la salud o derecho a estar sanos?” en *Ingeniería genética, biomedicalización y elección individual.*) Consejo Superior de Investigación Científica- CSIC, vol. 2 nº 1, pp.: 77-92

TAUSSIG, M., (1980) “Reification and the consciousness of the patient”, Department of Anthropology, University of Michigan, MI 48109, USA – Soc. Ssi. Med.. Vol. 14B pp 3 to 13

URRUTIA, M.T. et al, (2013) “Histerectomía: la experiencia de no tener útero en un grupo de mujeres chilenas”, *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(4)- 262- 268.

<https://www.boe.es>

<http://eldesconcierto.cl/las-feministas-que-desafiaron-el-pudor-de-la-menstruacion/>

<https://nwhn.org/you-heard-it-here-first-hysterectomy-benign-conditions-isnt-so-benign-after-all>

<http://edition.cnn.com/2008/HEALTH/03/03/healthmag.hysterectomy/index.html?iref=newssearch>

<http://noticias.juridicas.com>

www.medicina.com

Anexo 1.

A continuación presento un cuadro con algunos datos de las informantes, para esbozar un breve perfil de la muestra de personas entrevistadas.

Nombre	Edad	Intervención	Hijos	Estado civil	Ocupación
Ana	50 a.	HT ²²	1	Casada	Ama de casa
Bea	33 a.	HS ²³	0	Soltera	Vendedora
Claudia	35 a.	HT	0	Pareja de hecho	Comercial
Diana	35 a.	HS	0	Pareja	Asesora
Elvira	50 a.	HT	2	Casada	Rel. Públicas
Fina	48 a.	HT	1	Casada	Disp. Logística
Gladis	24 a.	HT	0	Soltera	Estudiante
Helena	29 a.	HT	0	Soltera	Reponedora
Inés	36 a.	HT	0	Soltera	Profesora

²² HT: histerectomía total.

²³ HS: histerectomía subtotal (o parcial).