

# La perspectiva de género en la salud



**Luz María A. Moreno Tetlacuilo**  
**Ana María Carrillo Farga**  
COORDINADORAS

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina



# La perspectiva de género en la salud

Facultad de Medicina



Facultad de Medicina

# La perspectiva de género en la salud

LUZ MARÍA ANGELA MORENO TETLACUILO

ANA MARÍA CARRILLO FARGA

*Coordinadoras*



Universidad Nacional Autónoma de México  
México, 2016

La perspectiva de género en la salud /coordinadoras Luz María A. Moreno  
Tetlacuilo, Ana María Carrillo Farga. -- Primera edición.-- Ciudad de  
México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de  
Medicina, 2016  
xxxiv, 246 páginas ; 23 cm.

Incluye bibliografías  
ISBN 978-607-02-7878-5 (impresión)  
ISBN 978-607-02-8115-0 (electrónico)

Identidad de género -- Aspectos de la salud. 2. Salud --  
Diferencias sexuales -- México. 3. Mujeres -- Salud e higiene -- México.  
4. Promoción de la salud -- Aspectos sociales -- México. I. Moreno  
Tetlacuilo, Luz María A., coordinador. II. Carrillo Farga, Ana María,  
coordinador. III. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina.

613.0420972-scdd21

Biblioteca Nacional de México

*La perspectiva de género en la salud*

Luz María Angela Moreno Tetlacuilo y Ana María Carrillo Farga  
Coordinadoras

Primera edición: 30 de marzo de 2016

D.R. © 2016, Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina, Circuito Interior  
Ciudad Universitaria, Av. Universidad 3000,  
Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México

ISBN 978-607-02-7878-5 (impresión)

ISBN 978-607-02-8115-0 (electrónico)

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Libro para distribución gratuita.

Impreso y hecho en México.

.....  
**Cuidado editorial**

Jorge Inclán, Formas e Imágenes, S.A. de C.V.  
formaseimagenes@gmail.com

**Diagramación y diseño**

Leticia Pérez Solís

**Fondo de portada**

Octavio Rivero Serrano, *Óleo rojos*, 80 × 60 cm, 2010

# Agradecimientos

Con esta obra culmina el esfuerzo colectivo que inició con el primer ciclo de conferencias sobre género y salud realizado en 2010, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Agradecemos a las autoras y los autores el haber creído en nuestro proyecto, y a los y las colegas que de manera generosa participaron en la revisión de los textos.

Fueron varias las personas que con alto espíritu universitario y de colaboración en las actividades académicas de nuestra institución, la Facultad de Medicina de la UNAM, apoyaron y facilitaron esta labor.

El impulso que durante su gestión al frente de la Facultad de Medicina dio el doctor Enrique Luis Graue Wiechers al enfoque de género, fue definitivo para que el libro saliera a la luz, el cual contó siempre con el respaldo de la jefatura del Departamento de Salud Pública a cargo de la doctora Laura Moreno Altamirano, quien sugirió la elaboración de la obra, y del doctor Malaquías López Cervantes, que la apoyó de manera decidida.

El doctor Jorge Avendaño y la licenciada María de la Paz Romero se interesaron por el libro, nos apoyaron y nos guiaron.

La licenciada Graciela Zuñiga y la maestra Norma Benítez se ocuparon de la gestión administrativa de esta publicación.

Tenemos con todas ellas y todos ellos una deuda de gratitud.

Luz María A. Moreno Tetlacuilo  
y Ana María Carrillo Farga



# Contenido

<b>Presentación</b>	IX
<i>Germán Enrique Fajardo Dolci</i>	
<b>Prólogo</b>	XI
<i>Enrique Luis Graue Wiechers</i>	
<b>Introducción</b>	XIII
<i>Luz María Angela Moreno Tetlacuilo</i>	
<b>■ EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN</b>	
La perspectiva de género en el análisis de los problemas de salud: un reto importante y necesario	3
<i>Yuriria Alejandra Rodríguez Martínez</i>	
Género e investigación sobre salud: apuntes para acompañar una búsqueda	29
<i>Juan Guillermo Figueroa Perea</i>	
<b>■ SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	
Medicina, género y reproducción: El carácter político de los discursos y las prácticas profesionales	51
<i>Joaquina Erviti</i>	

Algunas dimensiones culturales de parejas con diagnóstico de infertilidad, tratamientos y el sistema de género y cuerpo 83  
*Mayra Lilia Chávez-Courtois*

Mujeres sin hijos: circunstancias, razones y presiones en torno a la “elección” voluntaria de no ser madres 101  
*Alba Elena Ávila González*

## ■ VIOLENCIA E INEQUIDADES DE GÉNERO

Las mujeres ante la ciencia. Sus retos y aportes en género y salud 123  
*Elsa Susana Guevara Ruiseñor*

Pautas de *género* en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la Facultad de Medicina, el internado y la residencia médica 147  
*Roberto Castro*

Violencias cotidianas, acoso laboral y salud 175  
*Rocío Fuentes Valdivieso*

Lenguaje sexista / lenguaje no sexista 197  
*Hortensia Moreno Esparza*

## ■ NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN Y GÉNERO

Los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres y hombres 221  
*María del Carmen Iñárritu Pérez*

**Autores / as** 243

## Presentación

Los médicos necesitan diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades de acuerdo con el sexo de los y las pacientes, pero es importante también que respondan a las diferencias de género –influenciadas por factores sociales, económicos, culturales, geográficos y de comportamiento– para entender la manera en que las mujeres y los hombres enferman, y se acercan a su propia salud.

Por eso, una de las finalidades de la Facultad de Medicina de la UNAM es incorporar las nuevas herramientas teórico-metodológicas para el estudio y análisis de los problemas de salud de la población, que permitan promover la salud y mejorar la atención médica. Otra de ellas, es la perspectiva de género que –sin dejar de reconocer los aspectos genéticos o fisiológicos que están en la base de las enfermedades de uno y otro sexo–, estudia la manera en que las inequidades y desigualdades de género, así como los estereotipos, la división sexual del trabajo, las prácticas, y las actitudes y conductas construidas desde el género afectan de manera diferencial la salud de hombres y mujeres. Estudia, asimismo, los posibles sesgos en la práctica médica y en la investigación biomédica, como resultado de la reproducción de las inequidades y desigualdades de género en el campo médico, sea por errores del observador causados por adoptar sólo la perspectiva de los

varones, o por la tendencia a emplear a los hombres como estándar, incluso en los estudios de enfermedades que afectan a ambos sexos.

Desde este referente, la Facultad de Medicina de la UNAM alberga en el Departamento de Salud Pública el Programa de Estudios de Género y Salud, el cual convocó al primer ciclo de conferencias sobre el tema a un grupo de expertos y expertas provenientes de diversos campos del conocimiento, y como producto de tal actividad surgió el libro *La perspectiva de género en la salud*, que el lector tiene en sus manos.

Al publicarlo, la Facultad de Medicina espera contribuir a los esfuerzos que hoy se realizan en otros ámbitos para lograr un abordaje de la salud inclusivo e interdisciplinario que tome en cuenta tanto en la investigación, como las políticas de salud y la atención médica las especificidades de sexo y género de los y las pacientes, con el fin de tener no sólo un mejor entendimiento de la etiología de las enfermedades, sino una intervención más efectiva, de la que se beneficien por igual mujeres y hombres.

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

# Prólogo

La salud de las mujeres y de los hombres es biológicamente diferente y socialmente desigual. La fisiología y la genética se manifiestan de forma distinta en la salud y enfermedad de ambos sexos, y la inequidad y violencia contra las mujeres continúa siendo una deuda sin saldar en el mundo y en específico en nuestro país. En México, según cifras del INEGI, 46.1% de las mujeres mayores de 15 años han sido agredidas por su pareja, un solo dato –escalofriante– para mostrar la desigualdad de género que persiste en nuestra sociedad y la necesidad de introducir esta perspectiva en todos los ámbitos, como es precisamente el de la salud.

De aquí la trascendencia de la publicación de este libro *La perspectiva de género en la salud*. El texto demuestra la necesidad de incorporar el género en el estudio del proceso salud-enfermedad-atención y se aborda tanto en su nivel psicológico como biológico, tanto en su nivel social como cultural, así como en su esfera institucional. Hacer una diferenciación de sexos en el estudio clínico del cuerpo humano nos ayuda a obtener resultados más precisos y relevantes para mejor comprender los orígenes de ciertos padecimientos, el procedimiento para tratarlos y posibles métodos de prevención.

Es un hecho indiscutible el que las mujeres han estado menos representadas en los protocolos de investigación y la mayoría de los estudios sobre salud, o compilación de datos no incluyen un análisis desglosado

por cuestión de sexo. Algunas patologías que afectan sólo a las mujeres, como puede ser la depresión postparto, son casi invisibles y poco estudiadas, en cambio algunos males que aquejan a ambos géneros son explorados, casi en su totalidad, desde el punto de vista del hombre como pueden ser aquellos relacionados con la salud sexual.

La salud y la equidad de género son dos derechos básicos que no pueden estar disociados, como tampoco lo pueden estar el resto de los derechos humanos fundamentales, y ello por la sencilla razón de que no se busca únicamente la igualdad de mujeres y hombres en todos los ámbitos, sino porque la diferencia de sexo incide directamente en la salud y enfermedad de las personas. En México se ha avanzado en la comprensión de la importancia por introducir la perspectiva de género en la salud, sin embargo, estamos lejos de otros países donde, desde hace años, la categoría de la investigación en salud y género es reconocida con la misma importancia que el resto de todas las otras áreas.

La perspectiva de género en la salud supera los límites del ámbito sanitario, compete también a lo institucional. Un claro ejemplo es que hoy en día el número de estudiantes que ingresa a la Facultad de Medicina de la UNAM es porcentualmente igualitaria entre hombres y mujeres, sin embargo, este porcentaje está muy lejos de semejarse en cuanto al número de profesionistas y mujeres en los puestos administrativos y de toma de decisión. Sin olvidar que nuestra Universidad, tanto en el ámbito educativo como de investigación, o académico-administrativo, es un lugar idóneo para analizar la información disponible, generar conocimiento, ponerlo en práctica e incidir en las políticas públicas en el resto del país.

La publicación del libro *La perspectiva de género en la salud* es, por todo lo anterior, un paso más en el compromiso que tiene esta Casa de Estudios por impulsar la investigación de punta y mantener una política permanente de difusión sobre la importancia de la equidad de género en todos los terrenos, como es el de la salud, condición indispensable y primordial para el goce y disfrute de todos los demás derechos y facultades conferidos por nuestras leyes y tratados internacionales.

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers

## INTRODUCCIÓN

# El género: un determinante social de la salud-enfermedad-atención

LUZ MARÍA ANGELA MORENO TETLACUILO

La publicación de este texto tiene como propósito aportar una nueva fuente de información acerca del proceso salud-enfermedad-atención, y de la educación e investigación en salud, con una perspectiva de género. Infortunadamente, a pesar de su importancia, la difusión del conocimiento producido en este campo es todavía insuficiente y poco conocido, sobre todo en el ámbito de las profesiones y formación de recursos humanos de la salud. De ahí surge la necesidad de promoverlo, con el afán de contribuir a que la práctica de los y las profesionales de la salud, así como, del profesorado y de los/las investigadores/as amplíen su conocimiento sobre el tema e incorporen esta perspectiva en su quehacer cotidiano, ya sea en la docencia, la investigación o la práctica profesional.

La obra se inscribe dentro de un marco social y complejo de la salud, perspectiva que se encuentra casi ausente en el área de las profesiones pertenecientes al campo<sup>1</sup> de la biomedicina; lo anterior, sin

<sup>1</sup> Campo: red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. El campo médico está constituido por el conjunto de instituciones políticas que regulan mediante leyes y reglamentos la cuestión sanitaria de la sociedad, por medio de las instituciones de salud; las instituciones educativas; los profesionales médicos y enfermería, personal paramédico, profesorado y estudiantado (Castro: 2010, p. 56-57).

menoscabar ni desconocer la importancia que tienen los factores biológicos involucrados en el desarrollo del proceso salud-enfermedad-atención en hombres y mujeres. El libro que se presenta tiene un enfoque multidisciplinario y se dirige a profesionales de todas las disciplinas interesados/as en el tema. Cabe mencionar que este texto surge como producto del primer ciclo de conferencias sobre género y salud que tuvo lugar en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en octubre de 2010, en el que participaron profesionales interesados/as y comprometidos/as en compartir su saber sobre el tema, y que generosamente también aceptaron participar en la conformación de este texto que se presentará en los apartados que siguen.

Previo a realizar una breve presentación de la obra es necesario exponer de manera sucinta la importancia y la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el estudio del proceso salud-enfermedad-atención, así como en la práctica de las profesiones de la salud, la docencia y la investigación.

## Género: una determinante social de la salud

Salud-enfermedad constituyen un proceso complejo, en cuya génesis intervienen factores objetivos y subjetivos de orden biológico, psicológico y social; dentro de estos últimos, la clase social y la etnia han sido contempladas por largo tiempo. En décadas recientes, se ha revelado que el género es también un importante determinante social de la salud y la enfermedad, lo que ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre otros organismos (OPS/OMS, 2005; Gita Sen, Piroška Östlin:2007; Petra:2009, Hawkes:2013).

Dicho reconocimiento tuvo como precedente los esfuerzos hechos por los grupos de feministas que persistieron y lograron poner el tema en la agenda de diferentes convenciones y reuniones internacionales; entre ellas se pueden señalar: la Convención para la Eliminación de

todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Asamblea General de la ONU, 1979); la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de la ONU, 1993); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994); la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer (Belén do Pará Brasil, 1995). En tales reuniones se reconoció que los problemas de salud de las mujeres son resultado de las inequidades y desigualdades estructuradas socialmente desde el género. Se enarbolaron los *derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*, se pasó de los programas de planificación familiar a los servicios de *salud sexual y reproductiva*, y se llegó al consenso de que la atención de la salud de las mujeres debe ser integral y no limitarse al ámbito reproductivo.

Estos esfuerzos a favor de la salud de las mujeres han continuado, y, así fue como se logro, en 1993, la inclusión de las mujeres en los estudios clínicos, fecha en que se emitió en Estados Unidos la *National Institutes of Health Revitalization Act*, ley que mandata la inclusión de las mujeres y las minorías en los estudios de investigación clínica patrocinados por los Institutos Nacionales de Salud en Estados Unidos. Las investigaciones emanadas de esta política pública han revelado importantes diferencias biológicas entre hombres y mujeres, así como, las inequidades y desigualdades que enfrentan las mujeres en la atención de su salud (Johnson, 2014). Es importante mencionar que el conocimiento en la salud de los hombres también se ha visto beneficiado a partir de estos esfuerzos, como se muestra más adelante.

## Lógica a través de la cual el género juega un papel determinante en el proceso salud-enfermedad-atención

Al interior de la configuración de un orden social de género, entre hombres y mujeres se establecen relaciones de poder inequitativas y desiguales, desfavorables para las mujeres; que atraviesan todos los estratos sociales y grupos étnicos, aunque desde luego las mujeres

pobres y de grupos étnicos desfavorecidos resultan más afectadas, de ahí que haya surgido el acuerdo de hablar de “mujeres” y no de “mujer”, ya que no existe homogeneidad entre ellas.

En este tipo de relaciones, a las mujeres se les atribuye una posición de subordinación y dependencia (económica y subjetiva) al poder masculino, además de que se les confiere un menor valor social con relación a los hombres, y no se les reconoce como sujetos plenos de derechos y de ciudadanía, posición que varía en las diferentes sociedades de acuerdo con su nivel de jerarquización genérica y el momento histórico que se vive de manera sincrónica y diacrónica. En materia de salud, el resultado de esta posición social asignada a las mujeres, especialmente de las que son pobres y pertenecen a grupos étnicos socialmente marginados, es una salud precaria (AbouZahr: 2009, Petra: 2009, Hawkes: 2013).

Por su situación de dependencia, ellas, por lo general, son más pobres que los hombres y en estas condiciones tienen una tasa más baja de acceso a los servicios de salud (Sen: 2002, AbouZahr: 2009), situación que favorece el subregistro de algunas enfermedades en el sexo femenino, entre ellas, la tuberculosis y el paludismo (Piroska Östlin: 2007). Además, de acuerdo con Gómez Gómez (2003), la pobreza tiene un efecto más negativo en la salud femenina que en la masculina; se observa que mientras la pobreza multiplica por dos y hasta por cinco el riesgo de muerte prematura en los hombres, en ellas, se multiplica por cuatro y hasta por doce veces. En opinión de Amartya Sen (2002: 44), en sociedades con una gran inequidad de género, sobre todo en mujeres sin seguridad social, la mortalidad femenina supera a la masculina; este hecho ha dado lugar al concepto de mujeres faltantes (INEGI: 2004, AbouZahr: 2009).

Por otro lado el menor valor social atribuido a las mujeres constituye el substrato para la discriminación y la violencia de la que muchas de ellas son objeto, de manera generalizada en las sociedades, y al interior de la familia, en la escuela o en el trabajo; los servicios de salud no son la excepción. Además, se ha observado que las niñas reciben menos atención cuando enferman y son llevadas tardíamente a los servicios de salud; esto aumenta el riesgo de mortalidad, pero

también de desnutrición pues pasan más tiempo enfermas (con diarrea o con fiebre), lo que disminuye la fortaleza de su aparato inmunológico e incrementa el riesgo de nuevos procesos infecciosos (Sen; 2002, AbouZahr: 2009).

A estas condiciones, se agrega la minusvaloración de la mujer y el androcentrismo<sup>2</sup> que han caracterizado a la profesión médica, y que se expresan en los sesgos de género de los servicios de salud, donde se ha observado que el porcentaje de mujeres que no reciben tratamiento adecuado es superior al de los hombres en esas mismas circunstancias, y que el personal médico tiende a realizar diagnósticos más sofisticados y mayores esfuerzos terapéuticos para resolver los problemas de salud de los hombres que de las mujeres que presentan los mismos problemas de salud (Álvarez-Dardel, 2004, Petra: 2009, INEGI/INMUJERES: 2010). Un ejemplo es el caso del infarto al miocardio: se ha observado que ellas son referidas para tratamiento en estadios más avanzados de la enfermedad, son sujetas con menor frecuencia a terapia de reperfusión y angiografía coronaria, y que son desfavorecidas en especial las mujeres de minorías étnicas; por otro lado, las adultas mayores son tratadas menos agresivamente que los hombres de la misma edad en todas las fases del infarto; en consecuencia, la morbi-mortalidad y la tasa de letalidad global después del ataque inicial de enfermedad isquémica del corazón son más elevadas en este sector de la población. Sin embargo, las mujeres con mayor riesgo de morir de un infarto al miocardio respecto de los hombres de su misma edad son las jóvenes; también se reporta que ellas reciben en menor proporción tratamiento adecuado para prevenir nuevos episodios de evento o enfermedad vascular cerebral (EVC) y de enfermedad isquémica del corazón, (Gorodeski GI: 2002, Reeves: 2008, Petra Verdonk: 2009, Johnson: 2014).

<sup>2</sup> La mentalidad androcéntrica considera valorativamente que los hombres y lo masculino son superiores, mejores, más adecuados, más capaces y más útiles que las mujeres. Por ello es legítimo que a nivel social tengan el monopolio del poder de dominio y de violencia (Lagarde: VII).

Además, al interior del orden social de género, de acuerdo con Eugenia Flores y Gloria Sayavedra, “históricamente las mujeres han sido consideradas cuerpo-naturaleza y propiedad de otros”, su cuerpo y sexualidad han sido expropiados y están en función de los demás y centradas en la reproducción, desde este referente se constituye la subjetividad de las mujeres. El cuerpo y la sexualidad femenina se encuentran atravesados por el poder patriarcal y adquieren un carácter político” (Sayavedra: 1997).

Esta visión del cuerpo y la sexualidad femenina define por un lado, la posición que históricamente la sociedad ha asignado a las mujeres como su rol principal, el de madre-esposas; de ahí que aquellas que no pueden cumplir con este mandato social ya sea por imposibilidad física o por propia decisión son socialmente estigmatizadas, se sienten culpables y se someten a tratamientos muy molestos y dolorosos. Por otro lado, de acuerdo con Flores y Sayavedra (1997), simbólicamente el cuerpo femenino se asocia a la violencia en dos vertientes, como depositario de y como sitio de peligro.

Lo anterior da origen a las normas de control social de la sexualidad y el cuerpo de las mujeres que las limita en su libertad y apropiación del mismo. Para sostener dicho control, la sociedad legitima la violencia y discriminación contra ellas; su ejercicio se permite en todos los espacios, incluyendo los servicios de salud, tal como, entre otros, ha documentado Roberto Castro (2010). Esta situación también se reproduce en las escuelas de medicina, principalmente en las sedes hospitalarias, donde las estudiantes realizan sus prácticas, problema que ha sido ampliamente referido en diversas publicaciones especialmente de países desarrollados, escasamente en México.<sup>3</sup> Este control de la sexualidad y el cuerpo femenino representa un riesgo para la salud de las mujeres y limita su acceso a la prevención de problemas de salud relacionados con el aparato reproductivo, tales como el

<sup>3</sup> Vease: Fnais: 2014; Rees: 2011; Castro:2010; Babaria P;2009; Romito P: 2007; Stratton: 2005; Witte: 2006; Rautio: 2005; Fernández: 2005; Moscarello R: 1994; Carr PL: 2000; Nora: 2002; Carr PL: 2003; Bickel Janet: 2003; SchoroenT: 2004; Nora LM: 1993; Moreno-Tetlacuilo: 2012; Moreno-Tetlacuilo: 2013.

acceso a la anticoncepción, a la prevención del cáncer cervicouterino y de mama. Además, en el caso de las estudiantes favorece la deserción escolar, afecta su desarrollo académico o limita su acceso y elección de algunas especialidades, por ejemplo las quirúrgicas.

Por otro lado los roles de género,<sup>4</sup> algunos emanados de la división sexual del trabajo, atribuyen a las mujeres, con base en sus características biológicas reproductivas, la responsabilidad exclusiva del cuidado de los/as hijos/as, de las personas enfermas y mayores, así como, del cuidado de la casa y la preparación de los alimentos; a esto se agrega que ellas han sido socializadas para ser y servir a los demás. Estos roles de género constituyen también serios obstáculos para que las mujeres accedan a la atención de los servicios de salud, tanto preventivos como curativos (Hawkes: 2013).

Así, la socialización de género construye significados, prácticas, actitudes, conductas e intereses hacia la salud y la enfermedad distintos de acuerdo al género, los cuales propician exposiciones a riesgos y factores protectores diferentes. Esto, afecta la evolución del proceso salud-enfermedad de manera disímil, de modo que se gestan diferentes perfiles de salud de acuerdo con el sexo.

Por tanto, el género no es sólo un determinante social de la salud de las mujeres. Los estereotipos construidos socialmente desde la masculinidad y la división sexual del trabajo, que exponen a los varones a ocupaciones y condiciones de trabajo más riesgosas, limitan su acceso oportuno a los servicios de salud e incrementan su riesgo de muerte prematura por accidentes, homicidios, cirrosis hepática, VIH/SIDA y discapacidad (Hawkes: 2013). Es decir, este orden de género les impone presiones constantes propias del competitivo mundo masculino que impactan de manera negativa su salud, pero también los coloca en una posición jerárquica respecto de las mujeres y los exime de responsabilidades con respecto al cuidado de su salud y la de las personas que los rodean. Por otro lado, los horarios laborales de las empresas son incompatibles con los horarios de los

<sup>4</sup> Entendidos como “las tipificaciones que se esperan de los actores en determinadas situaciones sociales” (Salas Valenzuela: 2004:225).

servicios de salud, y a los hombres no se les facilita obtener permiso durante las horas de trabajo para solicitar atención médica. Además no reciben diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades consideradas tradicionalmente femeninas, como la depresión (Petra Verdonk: 2009).

A pesar de los avances que ha tenido la investigación en torno a la salud de las mujeres, todavía persisten importantes sesgos de género; por ejemplo, se observa, que el número de mujeres incluidas en los estudios es insuficiente y que frecuentemente los datos no se desagregan o no se analizan por sexo, lo que impide conocer si existen diferencias en la incidencia y prevalencia de enfermedades, y en la sobrevivencia, entre hombres y mujeres. Por otro lado, en la mayoría de los proyectos de investigación biomédica básica no se incluyen hembras entre los animales utilizados en los experimentos (Johnson: 2014).

Algo semejante ocurre en la educación médica; aunque, a escala global el número de mujeres ha superado el 50% en la mayoría de las escuelas de medicina, todavía persisten la discriminación de género, el sexismo y el hostigamiento sexual.<sup>5</sup>

Hasta aquí se ha intentado mostrar la importancia que tiene el género como determinante social del proceso salud-enfermedad-atención, así como, su trascendente influencia en la investigación y la educación en salud, con el fin de justificar la necesidad de ampliar su difusión entre estudiosos de la salud de diferentes áreas de conocimiento, para mostrar que es posible mejorar la salud de varones y mujeres cuando se cuenta con las herramientas conceptuales de la perspectiva de género que permite conocer y comprender que los estereotipos, los roles, la división sexual del trabajo, así como las relaciones de inequidad y desigualdad entre mujeres y varones, no forman parte de la naturaleza de las personas, sino que son producto de un orden social y, por lo tanto, susceptibles de ser modificados.

<sup>5</sup> Véase en: Rees: 2011; Castro: 2010; Babaria P; 2009; Romito P: 2007; Stratton: 2005; Witte: 2006; Rautio: 2005; Fernández: 2005.

Esta inquietud ha dado origen al libro que aquí se presenta, donde convergen investigadoras e investigadores de diferentes disciplinas interesados en el área de la salud y que muestran un amplio abanico de temas que permiten una mirada multidisciplinaria a estos tópicos. Se trata de una obra que trasciende los límites disciplinarios de la medicina pero que la enriquece, porque se ubica en esos conocimientos trasfronterizos que permiten el diálogo entre saberes. Al colocar el género como punto de partida, las y los autores utilizan distintas vertientes disciplinarias como la antropología, la sociología o la historia para analizar diferentes fenómenos asociados a la salud reproductiva, la violencia de género o los servicios de atención pública. Con ello se proponen identificar nudos problemáticos en ciencias de la salud, y sugerir alternativas que permitan contar con mejores herramientas éticas y conceptuales para enfrentar los desafíos que hoy se nos imponen.

## Acerca del contenido

La obra contiene trabajos de investigación, artículos de reflexión y análisis teórico, así como textos de revisión sobre temas trascendentes acerca de la salud con una perspectiva de género. Para fines de una estructuración lógica, el libro se divide en cuatro partes, la primera se refiere al proceso salud-enfermedad; en el segundo apartado se abordan temas relacionados con la salud sexual y reproductiva; la tercera parte conjunta textos relacionados con la violencia, las inequidades y desigualdades de género, presentes en, la ciencia, el campo médico, el ámbito laboral y el lenguaje sexista; en la cuarta parte se aborda el tema de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el sexo/género.

El artículo *La perspectiva de género en el análisis de los problemas de salud: un reto importante y necesario*, introduce al género como un determinante social de la salud, hace evidente que existen diferencias en la salud de hombres y mujeres a través del análisis de la información epidemiológica y estadística en salud; explica que tales diferencias

pueden tener un origen biológico o deberse a las condiciones de riesgo y vulnerabilidad asociadas al género. También fundamenta la importancia de desagregar por sexo la información epidemiológica y de analizarla con perspectiva de género con el objetivo de instaurar programas preventivos que atiendan las necesidades específicas de hombres y mujeres. Además, abre una ventana de análisis hacia la trascendencia del estudio de la masculinidad como determinante social de la salud y su relación con la sobremortalidad masculina. Por otro lado, se hace un análisis profundo sobre la manera en que los papeles socialmente asignados a las mujeres desde el género constituyen serios obstáculos para su salud, así como las repercusiones que la construcción genérica de la sexualidad tiene en el maltrato que reciben muchas mujeres en los servicios de salud. Se presenta a manera de ejemplo el caso específico de la diabetes mellitus tipo II. Finalmente se revisan algunos criterios básicos y lineamientos para la aplicación de la perspectiva de género en los programas de salud.

En *Género e investigación sobre salud: apuntes para acompañar una búsqueda*, en primera instancia analiza la investigación como un proceso crítico y un ejercicio ciudadano que busca generar conocimiento. Considera el proceso salud-enfermedad desde tres dimensiones, 1) la identidad; 2) las relaciones de poder y el contexto de estratificación social y asimetrías de género en el que este proceso se desarrolla; 3) la toma de decisiones y el cuidado a la salud. En la segunda parte discute la dimensión política de la perspectiva de género, cuyo objetivo es evidenciar y transformar las relaciones de inequidad y desigualdad que enfrentan las mujeres, así como, desnaturalizar las jerarquías de género.

La segunda parte del libro, corresponde a la temática sobre salud sexual y reproductiva. El texto *Medicina, género y reproducción. El carácter político de los discursos y las prácticas profesionales* inicia con un recorrido histórico sobre el proceso de medicalización mediante el cual la profesión médica adquiere poder sobre la población al emprender acciones de intervención y vigilancia de la sexualidad y la reproducción. Hecho que condujo a, 1) la exclusión de las mujeres del ejercicio de las actividades relacionadas con la salud; 2) a la

naturalización y significación de la diferencia sexual y la asignación de atributos diferentes y superiores a los hombres; 3) a la tipificación de los hombres como sujetos y las mujeres como objetos; 4) a la naturalización de las desigualdades; 5) a la regulación de los cuerpos y del número de sexos.

En esta parte se aborda lo relativo a la ciencia y los estereotipos de género, las mujeres y la enfermedad. Se analiza al género como generador de riesgos para la salud y como determinante de la atención que reciben las mujeres en los servicios de salud, donde ellas son disciplinadas por los profesionales de la medicina a través del control de sus cuerpos y su sexualidad. También, analiza el sexismo del lenguaje utilizado en los textos de medicina y su importancia en la transmisión de los estereotipos de género que mantienen el orden social de género como un objetivo político inconsciente y normatizador de la sociedad.

En la tercera parte, se aborda el tema de las tecnologías anticonceptivas, género y riesgo, que funcionan como mecanismos de opresión en torno a la reproducción. Se plantea la desigualdad de género en el uso de los métodos anticonceptivos y el papel que juega la masculinidad hegemónica en la invisibilización de la reproducción masculina; además, se visualiza la anticoncepción como una tecnología disciplinaria de las conductas reproductivas que se instituye mediante la socialización. También considera la capacidad performativa de estas tecnologías en la constitución de identidades colectivas que han colocado a las mujeres como responsables de la anticoncepción en las sociedades occidentales.

El riesgo se visualiza como un constructo sociotecnológico y político, se plantea que los riesgos tienen un referente de género inequitativo y desigual que favorecen a lo masculino.

En la cuarta parte del artículo, se toca lo referente a las regulaciones y prácticas médicas en torno a la reproducción, cuyo eje se centra en la salud reproductiva de las mujeres como consecuencia de la persistencia de la visión estereotipada de la mujer-madre-esposa en la práctica y la educación médica. También se aborda lo relacionado con el control médico de la anticoncepción y los estereotipos del personal

médico sobre la sexualidad femenina que no reconoce a las mujeres como sujetos capaces de controlar su sexualidad y la anticoncepción, lo que justifica la intervención médica en los cuerpos femeninos con el argumento de prevenir los riesgos y controlar la natalidad.

En el artículo *Algunas dimensiones culturales de parejas con diagnóstico de infertilidad, tratamientos y el sistema de género y cuerpo*, se presentan algunos de los resultados de una investigación cualitativa realizada en un grupo de hombres y mujeres con infertilidad.

En este texto, la infertilidad se aborda desde una visión antropológica y se presenta como un problema complejo que se enmarca al interior de los sistemas de género y cuerpo, que trasciende lo biológico. Dentro de este sistema, la procreación es una demanda social, es un “deber” que hombres y mujeres tienen que cumplir, pero que se simboliza de manera diferente de acuerdo al género. En este contexto, los hombres y mujeres que no pueden cumplir con tal mandato, se ven ante la necesidad de buscar medidas para consumir esa demanda social, en la que, en palabras de la autora, el cuerpo es un protagonista, un cuerpo biológico significado y vivido de acuerdo al género y la cultura.

Además, la infertilidad coloca a hombres y mujeres en una posición de vulnerabilidad al no poder cumplir con el papel social de la reproducción, e impide a las mujeres convertirse en madres, mientras que, a los hombres los imposibilita de probar su virilidad al no poder tener una descendencia y cumplir con su papel de proveedor. A través de las entrevistas, se accede al significado que, desde el género, las personas con este problema dan a su imposibilidad de procrear y a los tratamientos que reciben; a las vivencias que experimentan en sus cuerpos, atravesados por el género, ante el dolor físico y viviente y las distintas experiencias que provienen de las diferencias en los métodos de diagnóstico y tratamiento; a la invasión de la intimidad de hombres y mujeres, pero que colocan a las mujeres en una posición de mayor vulnerabilidad. En las conclusiones se discute el papel de las nuevas tecnologías reproductivas en relación con la paternidad y la maternidad.

*Mujeres sin hijos: circunstancias, razones y presiones en torno a la “elección” voluntaria de no ser madre*, es un trabajo de investigación cualitativa realizada en un grupo de veinte mujeres, quince mexicanas y cinco extranjeras, que de manera consciente y voluntaria optaron por no ser madres. En la primera parte del artículo se presenta un análisis acerca del emergente número de mujeres que toman esta decisión y los conflictos sociales que enfrentan. Se discuten los cambios que han sufrido las representaciones sociales de la maternidad y del ser mujer en una generación de mujeres a las que les ha tocado vivir una época de múltiples cambios sociales y políticos, el feminismo y la revolución sexual entre otros, cambios que han despertado en ellas la decisión de vivir para sí y no para los demás, de adueñarse y decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su fertilidad que identifican como vivencias independientes. Se describe el perfil de estas mujeres en el mundo y en México, así como, el contexto y algunas de las razones por las que tomaron esta decisión trascendental.

Con el sexto artículo inicia la tercera parte del libro en el que se aborda el tema de la violencia, las inequidades y desigualdades de género que afecta a las mujeres en los diferentes ámbitos donde se insertan.

*Las mujeres ante la ciencia. Sus retos y aportes en género y salud* es un texto de corte histórico en el que, desde una visión feminista se analizan las inequidades y desigualdades que han enfrentado las mujeres en el campo de la ciencia, específicamente en el terreno de la medicina. Se hace énfasis en el proceso de exclusión e invisibilización del que, históricamente, han sido objeto, tanto en el pasado como en el presente, por esta razón uno de los objetivos del texto es visibilizar lo que las mujeres han aportado a la ciencia y a la medicina.

El séptimo artículo, *Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la facultad de medicina, el internado y la residencia médica*, tiene como objetivo caracterizar diversos patrones de interacción docente-alumno que se basan en la desigualdad de género que se expresa en la violencia de género que afrontan las estudiantes de medicina. En el artículo se presentan resultados de una investigación cualitativa realizada en un grupo constituido por

estudiantes de medicina y personal médico, hombres y mujeres, provenientes de los estados de Morelos, México, Nuevo León y el Distrito Federal.

En la primera parte se hace una revisión histórica del momento en que la socialización del estudiantado de medicina surge como un objeto de estudio de la sociología médica. A la vez se describen los enfoques de dos escuelas líderes en el tema, la de Columbia que aborda el problema desde una perspectiva funcionalista y la de Chicago que lo hace desde un enfoque simbólico-interaccionista, además se refiere que a través de las investigaciones realizadas desde estos paradigmas se identificaron distintos modelos de aprendizaje en la educación médica. También se aborda lo relativo al surgimiento de la investigación sobre el tema del maltrato hacía el estudiantado de medicina y la sobrecarga de trabajo durante el entrenamiento. Por otro lado se destaca la ausencia de un modelo sociológico con enfoque de género que revele las condiciones sociales que favorecen la constitución del autoritarismo médico y el importante papel del curriculum oculto en la conformación del mismo.

Teóricamente la investigación se fundamenta en la teoría de Foucault sobre el papel de las instituciones, las relaciones de poder y la producción de discursos que se traducen en tecnologías del yo, mismas que se expresan en patrones de aprendizaje, desarrollo de habilidades y actitudes, teoría que se articula con las tesis de Goffman sobre la constitución social e histórica de los sujetos, la emergencia del “sí mismo” o el self de la interacción social y las categorías de campo y habitus desarrolladas por Bourdieu. El autor enfatiza qué es precisamente en el campo médico donde se conforma el habitus médico y se generan las condiciones de interacción social que favorecen la formación de médicos y médicas.

Además se menciona la poca importancia que se ha dado al papel que juegan las “tecnologías del yo” en la legitimación y reproducción del campo médico y se argumenta sobre la importancia que tiene el enfoque de género en el análisis de las desventajas que para las mujeres ha representado la hegemonía masculina en la constitución de las instituciones y la ciencia.

En la tercera sección se presentan los resultados de la investigación, se hace un profundo análisis, y se muestran las vías por medio de las cuales se conforma el habitus médico al interior del campo médico a través de las relaciones de desigualdad de género que ahí se desarrollan, a la vez que se revela como se constituyen los sujetos mediante las interacciones que representan las tecnologías del yo, mismas, que a su vez representan una forma de violencia simbólica. Se describe y analiza la violencia de la que son objeto las estudiantes en las escuelas de medicina.

En *Violencias cotidianas, acoso laboral y salud*, se presenta en primer lugar, una amplia revisión teórica y conceptual sobre el *mobbing* y sus efectos en la salud de las personas que sufren este tipo de violencia, y se enfatiza la importancia de la teoría feminista para el estudio de este problema de salud. En un segundo momento se desarrolla y establece la diferencia entre violencias cotidianas y el *mobbing*; en seguida se expone el origen y evolución del concepto, así como las características del problema y sus efectos en la salud física y mental de las mujeres expuestas al problema, posteriormente se presenta el proceso a través del cual se desarrolla el *mobbing* en los espacios laborales.

En la tercera sección se presentan los resultados de la investigación efectuada por la autora, los datos muestran la presencia de los efectos del *mobbing* en la salud física y mental de las diez mujeres entrevistadas, la aparición de fibromialgia entre ellos. La autora concluye que el *mobbing* es una expresión del patriarcado cuya finalidad es aniquilar emocionalmente a las mujeres y que éste frecuentemente toma la forma de violencia simbólica. Finalmente la autora presenta algunas propuestas para afrontar y resolver el problema.

En el artículo *Lenguaje sexista / lenguaje no sexista*, la autora analiza y reflexiona teóricamente sobre un hecho de violencia verbal hacia las estudiantes en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, lo aborda desde la crítica feminista de Judith Butler y el pensamiento de Pierre Bourdieu sobre el sexismo en el lenguaje. Ella también hace consideraciones acerca del efecto del poder que tiene el ultraje lingüístico para lastimar a las mujeres, así como, la capacidad

del lenguaje para constituir sujetos y su posibilidad de otorgar a éstos una existencia social colectiva al nombrarlos. Por otro lado, se conceptualiza y significa al *sexismo en el lenguaje* como una herramienta del sistema patriarcal para colocar a las mujeres en una posición de desigualdad e inferioridad con relación a los hombres, como una forma masiva de injusticia social penetrante, profunda, resistente al cambio por su contenido psicológico; se argumenta que través de las palabras se refuerza la dependencia, se banaliza, se menosprecia e invisibiliza a las mujeres. Se discute el significado de las diferencias de género en el uso familiar del lenguaje.

En el siguiente apartado se defiende una reforma para el uso no sexista del lenguaje, se argumenta a favor de la propuesta del movimiento feminista para el uso de un lenguaje inclusivo que elimine el uso del masculino como universal o neutral, a la vez que se evidencia la existencia de un vacío en los usos del lenguaje, el vacío del “simbólico femenino”. Además, se alude a las resistencias al cambio de los defensores del lenguaje “políticamente correcto”, entre los que se encuentran artistas, intelectuales y académicos connotados, que perseveran en mantener el statu quo. La autora argumenta, critica y busca explicaciones a esta resistencia política.

La importancia de este artículo, radica en su carácter incluyente que puede trasladarse fácilmente al análisis de los usos del lenguaje sexista utilizado de manera cotidiana en el ámbito de las profesiones de la salud, como se señaló en el tercer artículo.

El artículo *Los Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres y hombres* (TCA), constituye la cuarta sección del libro dedicado a aspectos de la alimentación y nutrición. El texto inicia con una introducción en la que se presenta la clasificación y la definición de los diferentes problemas que se engloban como TCA. Posteriormente se presenta la información reportada en el ámbito nacional y por diversas investigaciones acerca de su prevalencia de acuerdo al sexo y edad, mismos que muestran que el problema predomina en las mujeres. En seguida, estas diferencias se analizan a la luz de la teoría feminista y la perspectiva de género, se refieren diferentes modelos teóricos que establecen la relación entre género-cuerpo sexualidad y TCA.

También se señala que los riesgos para los TCA se presentan de manera diferencial para hombres y mujeres, estos pueden ser de orden personal, familiar y social; los personales a su vez pueden ser de orden biológico y psicológico. Dentro de los factores biológicos se señalan, factores hormonales en las mujeres y los cambios corporales durante la pubertad en hombres y mujeres; dentro de los factores de riesgo psicológicos se señalan, la insatisfacción con la imagen corporal, la depresión y el deseo de un cuerpo extremadamente delgado en las mujeres; mientras que en los hombres se refieren, la ansiedad, sentimientos de ineficiencia y el deseo de un cuerpo musculoso. Entre los riesgos familiares se mencionan, las relaciones familiares de poca afectividad, controladoras, que emiten mensajes negativos referentes al peso —especialmente de la madre—, aunque, la autora señala que existen muy pocos estudios que investiguen la influencia de la relación padre-hija. Se destaca la importancia de las expectativas sociales en la conformación subjetiva de la imagen corporal de un cuerpo delgado en las mujeres y un cuerpo musculoso en los hombres. Además, se señala a los TCA como una enfermedad socialmente promovida, se discute el papel de los medios masivos de comunicación en la promoción de la imagen corporal delgada para las mujeres y de la muscularidad en los hombres. La autora concluye que estos problemas por su trascendencia constituyen una preocupación social y presenta algunas propuestas encaminadas para su prevención. La riqueza de este artículo radica, en que en él se desagregan los datos por sexo a diferencia de la mayoría de los textos que centran el problema sólo en las mujeres.

Hasta aquí se ha presentado una pequeña muestra de la riqueza que contiene este el libro, que se ha logrado conjuntar gracias al empeño de todos y todas las autoras/es por aportar textos interesantes y de gran calidad, que seguramente serán del interés y de mucha utilidad para los y las lectoras en su quehacer profesional cotidiano y en algunos casos abrirán una nueva visión del proceso salud-enfermedad-atención y de la relación entre personas usuarias y personal de salud a través de la reflexión.

## Referencias

- AbouZahr Carla, de Zoysa Isabelle, García Moreno Claudia (eds). *Women and Health. Today's evidence, tomorrow's agenda*. World Health Organization, 2009.
- Alvarez-Dardel C. Rethinking de map for health inequalities. [En línea] Disponible en <www.TheLancet.com.> [Consulta: 22 de marzo, 2004].
- Babaria P, Abedin S, Nunez Smith M. "The effect of gender on the clinical Clerkship experiences of female medical students: Results from a qualitative study". *Academic Medicine* 84 (7, 2009), p. 859-866.
- Bickel Janet. "Gender equity in undergraduate Medical Education: A status report". *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine* 10(3, 2001), p. 261-270.
- Carr PL, Ash AS, Friedman RH, et al. "Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine". *Ann Intern Med.* 132 (2000), p. 889-896.
- Carr PL, Szalacha L, Barnett R, Caswell C, Inui T. A "ton of feathers": Gender discrimination in academic medical careers and how to manage it". *J Womens Health* (Larchmt) 12 (2003), p. 1009-1018.
- Castro Pérez Roberto. "Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en la salud reproductiva en México". En *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Universidad de la República, 2010, p. 49-72.
- Fernández Moreno Sara Y, Hernández Torres Gloria E, Paniagua Suárez Ramón E. Aspectos conceptuales de la violencia de género. En: *Violencia de Género en la Universidad de Antioquia*. Editorial Lealon, Medellín, 2005, p. 113-150.
- Fnaiss Naif, Soobiah Charlene, Hong Chen Maggie, Lillie Erin, Perrier Laure, Tashkhandi Mariam et al. "Harassment and Discrimination in Medical Training: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Academic Medicine* 89 (5) 2014.
- Gita Sen and Pirooska Östlin (Coord.). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Karolinska Institutet, 2007.
- INEGI. *Sistema de Indicadores para el Seguimiento de de la Situación de la Mujer en México* [en línea]. [Consulta: 21 de marzo, 2004].

- Gómez Gómez E. Equidad, género y salud. La visión de la Organización Panamericana de la Salud. En, *Género y políticas en salud*, Rico B, Langer A, Espinosa G, comps. México: UNIFEM/SSA, 2003. p. 15-30.
- Flores Hernández Eugenia, Sayavedra Herrerías Gloria (coord.). “Algunas reflexiones teóricas”. En *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?* México D.F.: Red de Mujeres, A.C., 1997, p. 62-91.
- Gorodeski GI. “Update on cardiovascular disease in post-menopausal women”. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 16 (3, 2002), p. 329-355.
- Hawkes Sarah, Buse Kent. “Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths”. *Lancet* 381(2013), p. 1783-87.
- INEGI/INMUJERES. Mujeres y hombres en México 2010. México. Decimocuarta edición [en línea]. Disponible en [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx) [Consulta: 25 de enero 2015].
- Johnson, AP, Fitzgerald, T., Salganicoff, A., Wood, F.S., Goldstein, M.J., Sex-Specific Medical Research: Why Women’s Health Can’t Wait. A Report of the Mary Horrigan Connors Center for Women’s Health & Gender Biology at Brigham and Women’s Hospital.[en línea]. Disponible [http://www.brigham-women.org/Departments\\_and\\_Services/womenshealth/ConnorsCenter/Policy/ConnorsReportFINAL.pdf](http://www.brigham-women.org/Departments_and_Services/womenshealth/ConnorsCenter/Policy/ConnorsReportFINAL.pdf) [consulta: 25 de marzo. 2014].
- Lagarde Marcela. *La identidad de género y derechos humanos. La construcción de las humanas [en línea]*. Disponibles en google académico. [Consulta: 12/01/14]
- Moreno Tetlacuilo Luz María y Cabrera Joachin Cindy, “La perspectiva de la investigación en el estudiantado de ciencias de la salud y el orden de género” en *El Sueño de Hypatia. Las y los estudiantes de la UNAM ante la carrera científica*, Guevara Elsa (coordinadora). México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM, 2012, p. 153-218.
- Moreno Tetlacuilo Luz María, Villa Romero Antonio R., Ibarra Araujo Nora, Alvarado León Nelly Y, Nájera Laura V, Guevara Ruiseñor Elsa S. “Gender violence against medical students at Faculty of medicine, UNAM, Mexico”. En *Conference Abstract Book: An Medical Education in Euope (AMEE)*, Praga, República Checa, 2013. p. 649.
- Moscarello R, Margittai K, Rossi M. “Differences in abuse reported by female and male Canadian medical students”. *Can Med Assoc J.* 150(3, 1994), p. 357-363.
- Nora LM, Daugherty SR, Hersh K, Schmidt J, Goodman LJ. “What do medical students mean when they say “sexual harassment”? *Acad Med.* 68 (10 suppl, 1993), p. S49-S51.

- Nora L, Mc Laughlin, Fosson Sue, et al. Gender discrimination and sexual harassment in medical education: Perspectives gained by a 14-school study. *Academic Medicine*. 2002 (77), p. 1226-1234.
- OPS, OMS, UNFPA, UNIFEM. *Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos*. México: Secretaría de Salud, 2005.
- Verdonk Petra, Benschop W. M. Yvonne, de Haes Hanneke C. J. M., Lagro-Janssen Toine L. M. "From gender bias to gender awareness in medical education". *Adv in Health Sci Educ* (2009) 14:135-152.
- Rautio Arja, Sunnari Vappu, Nuutinen Matti, Laitala Marja. "Mistreatment of university students most common during medical studies". *BMC Medical Education* 2005 5 (36) [en línea]. <Disponible en This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/5/36>> [Consulta: 25 de marzo 2014].
- Reeves J Mathew, Bushnell D Cheryl, Howard, Warner Gargano George, Duncan Julia, Pamela W, Lynch, Gwen et al. "Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes". *Lancet Neurol* 7 (agosto 2008), p. 915-926.
- Rees E Charlotte, Monrouxe V Lynn. "A Morning Since Eight of Just Pure Grill": A Multischool Qualitative Study of Student Abuse". *Academic Medicine* 2011 86 (11/November), p. 1374-1382.
- Romito P, Grassi M. "Does violence affect one gender more than the other? The mental health impact of violence among male and female university students". *Social Science and Medicine*. 65 (2007), p. 1222-1234.
- Salas Valenzuela Monserrat. "¿Androcentrismo en el sistema biomédico?.. algunos datos, algunas hipótesis". En *Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México*, Pérez Gil-Romo Sara E y Ravelo Blancas Patricia (Coords). México: CIESAS/Miguel Angel Porrúa/H. Cámara de Diputados, LIX Legislatura, 2004, p. 223-253.
- Sen Amartya. "Desigualdad de género. La misoginia como problema de salud pública". *Letras Libres* (septiembre, 2002), p. 42-48.
- Schoroen T. Anneke, Brownstein R. Michelle, Sheldon F. George. "Women in Academic General Surgery". *Academic Medicine* 79(4, 2004), p. 310-318.
- Stratton Terry D, McLaughlin Margaret A., Witte Florence M., Fosson Sue E., Nora Lois Margaret. "Does Students' Exposure to Gender Discrimination and Sexual Harassment in Medical School Affect Specialty Choice and Residency Program Selection?" *Academic Medicine*, 2005 80 (4 /April), p. 400-408.

Witte Florence M., Stratton Terry D., Nora Lois Margaret. "Stories from the Field: Students' Descriptions of Gender Discrimination and Sexual Harassment During Medical School". *Acad Med.* 2006 81, p. 648-654.

Agradecimientos a la doctora Elsa Guevara Ruiseñor por sus atinadas sugerencias para mejorar el texto.



## PRIMERA PARTE

---

# El proceso salud-enfermedad-atención

---



# La perspectiva de género en el análisis de los problemas de salud: un reto importante y necesario

YURIRIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

RESUMEN: El objetivo de este trabajo es mostrar la necesidad e importancia del avance respecto de la igualdad de género en la prevención y la atención a la salud, con la presentación de algunos datos epidemiológicos desagregados por sexo, además de reflexiones y análisis desde la perspectiva de género. Igualmente se exponen algunos criterios básicos y útiles para incorporar la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.

El género es el conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales asignados socialmente al ‘ser hombre’ o ‘ser mujer’; a partir de tales atributos se establecen roles y estereotipos de mujer y hombre con los que las personas construyen sus identidades en determinados contextos. Así se constituyen formas de comportamientos, actividades a realizar y diferencias en el ejercicio del poder que socialmente son jerarquizados y mandatados para ser cumplidos de manera diferencial por las mujeres y los hombres.<sup>1</sup>

El sistema de género establece una serie de mandatos tradicionales asignados y legitimados socialmente para la mujer y otros para el

<sup>1</sup> Véase Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Programa de Acción Específico 2007-2012 Igualdad de Género en Salud*. México, Secretaría de Salud. 2008. p. 18.

hombre, de manera que cada persona es interpelada por dichos mandatos y responde en la conformación de identidades en contextos determinados social, económica, política y culturalmente.

Estos mandatos tradicionales de género afectan la manera en que las mujeres y los hombres viven el proceso de salud-enfermedad, pues influyen en su manera de percibir los riesgos y la vulnerabilidad, los síntomas y malestares, buscar atención médica, recibir un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, así como, lograr la adherencia al tratamiento indicado, además del autocuidado de su salud y el cuidado para la salud de otras personas.

Si bien la relación del género con la salud cada vez se documenta más, cabe recordar que algunas diferencias en salud entre mujeres y hombres pueden tener relación con las diferencias derivadas de su sexo. De esta manera, se debe reiterar que se trata de las diferencias biológicas determinadas fundamentalmente por el sexo, las cuales se han documentado a partir de evidencias científicas sobre diferencias en moléculas, células, anatomía, fisiología y funcionamiento metabólico. Por ejemplo, existen evidencias de que las niñas recién nacidas están protegidas por características determinadas biológicamente por su cariotipo sexual; en contraste, mueren más niños recién nacidos debido a condiciones relacionadas con su aparato respiratorio (Sen y Östlin, 2007).

Por otro lado, diversos estudios han revelado que el gen recesivo de hemofilia está en el cromosoma X de los hombres, por lo que en ellos existen más casos de este padecimiento; las mujeres pueden ser portadoras pero ellas tienen dos cromosomas XX, por lo que el gen recesivo no se expresa (Sen y Östlin, 2007). Otro ejemplo son los cambios hormonales en el sexo femenino que impactan en mayor medida la composición ósea y el metabolismo, mismos que generan mayor cantidad de osteoporosis y dislipidemias. En concordancia con lo anterior, debemos considerar que la estructura anatómica y fisiológica de los genitales femeninos es una condición biológica que posibilita en mayor medida la infección del virus del papiloma humano o del virus de inmunodeficiencia adquirida, de forma que las mujeres están más expuestas al riesgo de adquirir estas enfermedades. El sexo

también confiere la diferencia anatómica para la aparición de cáncer cérvico-uterino y de ovarios de manera exclusiva en las mujeres y de cáncer de próstata únicamente en los hombres.

Igualmente se ha documentado una mayor sensibilidad a la exposición química de algunas sustancias, de manera que en seres humanos con sexo femenino se presenta una mayor absorción del alcohol, y una menor excreción de sustancias solubles en grasa (Sen y Östlin, 2007), por lo que existe mayor riesgo de que presenten problemas de sobrepeso y obesidad. Este aspecto metabólico también impacta en los problemas de adicciones en las mujeres, dado que el efecto del consumo es diferente de acuerdo con el sexo, debido a que el tejido adiposo del cuerpo de la mujer tiene efectos en la absorción y acumulación de drogas solubles en grasa, tales como el alcohol, las benzodiazepinas y el tetra-hidro-cannabinol; lo anterior determina que las mujeres se intoxiquen con iguales o menores cantidades de estas sustancias, favoreciendo con ello que el abuso en el consumo de drogas se desarrolle más rápidamente en ellas, a la par de las consecuencias en todos los ámbitos de su vida, no sólo el fisiológico (CNEGSR, 2006). Por otro lado, en el caso de los hombres, la menor sensibilidad a la exposición química y la menor absorción de alcohol debido a sus características biológicas también influyen en la mayor resistencia física ante la intoxicación por consumo de alcohol, lo que se puede conjugar con su respuesta subjetiva de sometimiento a las demandas sociales de género, las cuales apuntan hacia la demostración de su masculinidad al asumir riesgos para su salud y bienestar.

Se puede afirmar que la salud de las mujeres y los hombres tiene diferencias derivadas de su conformación biológica por sexo, aunque también tiene circunstancias socioculturales derivadas del género que les coloca y expone de manera diferente a riesgos y condiciones de vulnerabilidad específica para su salud. De acuerdo con las investigaciones, algunas condiciones de salud de las mujeres y los hombres están determinadas por las diferencias biológicas sexuales, pero el estado de salud entre ambos está determinado a partir de una combinación de diferencias biológicas sexuales y diferencias sociales derivadas del sistema tradicional de género: “Mientras que las

personas pueden tener diferentes exposiciones biológicas y sociales a riesgos para la salud y las condiciones dependen tanto de su sexo como de su posición social, su vulnerabilidad ante riesgos contra la salud está determinada social no biológicamente” (Sen y Östlin, 2007: 45)

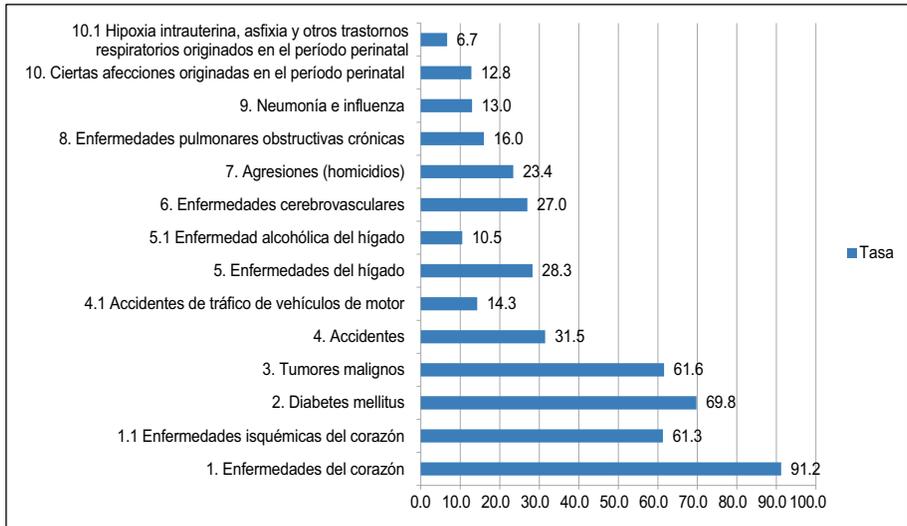
Para atender las necesidades específicas de salud de las mujeres y los hombres se requiere reconocerlas a partir de las diferencias biológicas y también de la identificación de las diferencias en las condiciones y necesidades de salud, derivadas de la exposición a riesgos y de la vulnerabilidad por género.

La vulnerabilidad afecta la capacidad de las personas para evitar, responder, hacer frente o recuperarse de las exposiciones a los riesgos para la salud; está relacionada con el género y el impacto nocivo que tienen los roles y estereotipos de género, así como las relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres. Para avanzar hacia la igualdad de género en salud es necesario diferenciar entre la exposición biológica y social, y la vulnerabilidad socialmente determinada de mayor importancia para muchos problemas de salud de las mujeres y los hombres, la cual se relaciona con ejes de desigualdad social como la clase, la etnia, la raza, etc.

## Reflexiones desde la perspectiva de género de algunos datos epidemiológicos desagregados por sexo

Para empezar a identificar diferencias en el estado de salud de las mujeres y hombres es necesario desagregar las cifras epidemiológicas por sexo. Por ejemplo, si tenemos una gráfica sobre las diez principales causas de muerte en México (gráfica 1) no podemos observar diferencias epidemiológicas para mujeres y hombres si no desagregamos la información de la manera arriba mencionada.

De acuerdo con esta gráfica, las principales enfermedades que provocan muertes en México son las enfermedades del corazón (en particular las isquémicas), la diabetes mellitus, junto con los tumores malignos, los accidentes (específicamente los de vehículo motor) y las enfermedades del hígado. Aunque haría falta hacer gráficas con

**Gráfica 1.** ¿Cuáles fueron las 10 principales causas de muerte en México en 2011?

El número al final de la barra corresponde a la tasa de mortalidad por esa causa. El número antepuesto al nombre corresponde al lugar que ocupa el padecimiento en la lista de principales causas de muerte para 2011.

FUENTE: DGIS, SSA, 2011. Tasa por 100,000 mujeres/hombres.

información estandarizada por otras variables como la edad, el panorama que brinda esta gráfica daría elementos para plantear la importancia de realizar programas y estrategias preventivas de estas enfermedades y atender a quienes las padecen. De alguna manera, la información sobre principales causas de muerte es una fuente importante para la toma de decisiones en cuanto a las prioridades de salud pública en México; sin embargo, ¿qué pasa si desagregamos esa misma información por sexo? ¿Qué diferencias se develan y qué explicaciones se pueden dar ante tales diferencias por sexo en las principales causas de muerte en nuestro país?

Con los datos de las diez principales causas de muerte desagregados por sexo podemos empezar a ubicar los diferentes padecimientos y el lugar de importancia que ocuparían para su atención (gráfica 2).

En esta gráfica se observa claramente la diferencia en cuanto a las diez principales causas de muerte de mujeres y de hombres y el lugar

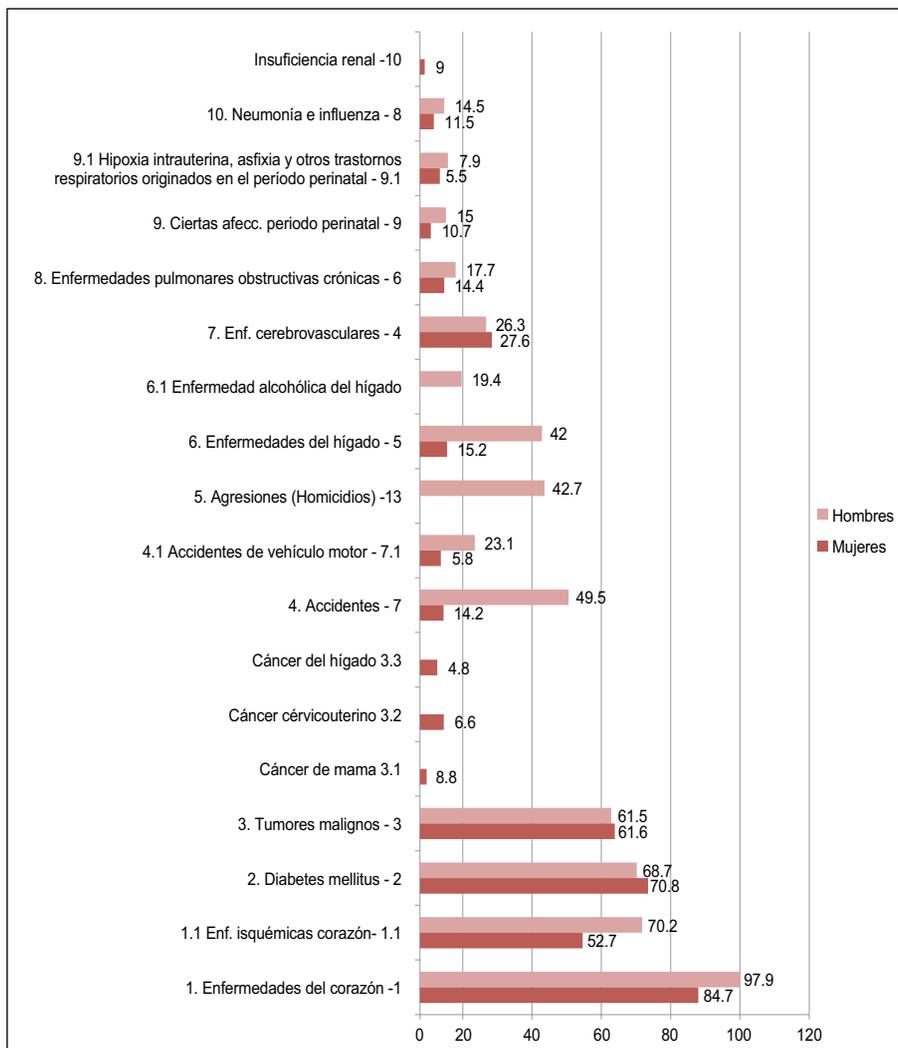
que ocupan éstas para ambos. Como se puede ver, la primera y segunda causa de muerte es la misma para mujeres y hombres: las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus. Sin embargo, para los hombres hay un diferencial en la tasa de muerte en comparación con las mujeres en el caso de las primeras, mientras que para las mujeres, a pesar de ser menor, hay un diferencial en la tasa de muerte de la segunda.<sup>2</sup> Lo anterior es un primer indicio que lleva a preguntar qué diferencias de sexo y de género están contribuyendo a esos diferenciales, que causan que en México mueran más hombres por enfermedades del corazón, mientras que más mujeres mueren por diabetes mellitus. La respuesta contribuiría a plantear propuestas para atender las necesidades diferenciales para mujeres y hombres en cuanto a estos dos padecimientos.

Por otro lado, la gráfica 2 nos muestra que en 2011 la tercera causa de muerte para las mujeres y los hombres fueron los tumores malignos; en particular resalta para las mujeres el cáncer de mama y el cérvico-uterino, seguidos de la enfermedad cerebrovascular como la cuarta causa de muerte. Por su parte, los accidentes (específicamente los de vehículo motor) fueron la cuarta causa de muerte para los hombres, seguida de los homicidios y las enfermedades del hígado (resalta la enfermedad alcohólica de hígado). Destaca que los homicidios de mujeres no aparece en las primeras veinte causas de muerte.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Cabe mencionar que la diabetes se mantuvo de 2003 a 2010 como la primer causa de muerte, con un diferencial ligeramente mayor en la tasa de muerte de mujeres.

<sup>3</sup> Es importante considerar que desde principios de los años noventa se ha incrementado la relevancia de analizar desde el enfoque de género, el tema de los homicidios contra mujeres en México debido al incremento de este tipo de sucesos con características de feminicidio. Si bien en el presente artículo no se abordará esta grave causa de muerte de mujeres, es necesario enfatizar que aun cuando epidemiológicamente no se expresa como una de las primeras veinte causas de muerte de mujeres en México, la tasa estandarizada por edad de muerte de mujeres por homicidio de 2.6 por 100 mil habitantes debería analizarse en el contexto del incremento de los feminicidios en este país y en el mundo. Actualmente diversos autores y autoras han evidenciado que “El objetivo del feminicidio es cuestionar el orden social emergente que anuncia el continuo declive de la tradicional

**Gráfica 2.** ¿Cuáles fueron las 10 principales causas de muerte en México en 2011, desagregadas por sexo?



El número antepuesto al nombre es el lugar que ocupa el padecimiento en la lista de principales causas de muerte para hombres en 2011. El número al final de las barras corresponde a las mujeres en el mismo año.

Fuente: DGIS, SSA, 2011- Tasa por 100,000 mujeres/hombres.

Con base en estos datos podemos empezar a dirigirnos hacia el análisis epidemiológico con perspectiva de género. Por ejemplo, en el caso de la cirrosis y la enfermedad alcohólica del hígado como una de las primeras seis causas de muerte en los hombres, ha llamado la atención sobre la importancia de analizar la información desde la perspectiva de género (Rodríguez y del Río, 2010). Desde 2005 este padecimiento ha estado entre las primeras seis causas de muerte de los hombres, lo que implica indagar más la relación de la masculinidad y el género como un determinante social.

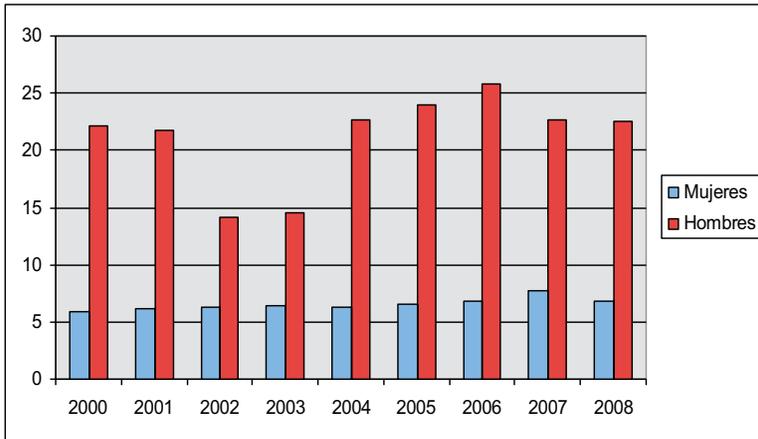
Para realizar el análisis epidemiológico de este padecimiento así como proponer acciones para combatirlo es necesario tomar en cuenta la capacidad diferenciada que tienen el sexo masculino de su menor sensibilidad a la exposición a químicos así como su metabolismo más lento ante el alcohol. Aunado a ello, se deben considerar las circunstancias derivadas de la masculinidad tradicional que conllevan la demanda social constante para los hombres de tener que demostrar su masculinidad y su “hombría” mediante el consumo desmedido de bebidas alcohólicas sin importar las consecuencias por su intoxicación.

Otro ejemplo es el análisis de los datos de accidentes de vehículo motor que están en las primeras cinco causas de muertes de hombres en México, donde mueren tres veces más hombres que mujeres (ver gráfica 3). Para 2006, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes reportaba que 73% de conductores involucrados en accidentes eran hombres y 5.6% mujeres de entre 31 y 40 años. Por su parte, el Observatorio Nacional de Accidentes reportó que para 2011 existe evidencia de que el sexo y la edad de las personas están asociados con un mayor número de defunciones. En relación con el sexo, en 2011, 70% de las personas que murieron en un accidente de tránsito fueron hombres.

Por lo anterior se ha enfatizado la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el análisis epidemiológico de estas cifras y en la

---

posición de dominio y de poder de los hombres frente a las mujeres” (Arteaga y Valdés, 2010: 7).

**Gráfica 3.** Tasa de muertes por accidente de vehículo de motor 2000-2008.

FUENTE: DGIS, SSA, 2008.

elaboración de intervenciones que buscan prevenir este tipo de accidentes y la muerte en hombres, principalmente en jóvenes (Rodríguez y del Río, 2010).

Otra causa de muerte que requiere el análisis con perspectiva de género son los homicidios, la cual ha pasado de la octava causa de muerte de hombres (2007) a la quinta (2011). Estas cifras permiten considerar que la violencia también es producto del sistema tradicional de género que a su vez resulta ser un determinante social estructural de la salud de los hombres, así como un factor de riesgo que produce la ocurrencia de agresiones y homicidios (Rodríguez y del Río, 2010).

En las últimas dos décadas muchos estudios realizados en América Latina han demostrado las diversas maneras en que los hombres latinos viven la masculinidad (Mirandé, 1997). Se ha mostrado la relación, entre la mortalidad de los hombres y estereotipos masculinos (Bonino, 1989), así como entre la masculinidad y los problemas de salud de ellos (de Keijzer, 1994). Específicamente, en el caso de México, los estudios en el tema de las masculinidades se han desarrollado en mayor grado vinculados con el tema de la salud, la sexualidad y la reproducción (Lerner, 1998), sin embargo, las cifras epidemiológicas arriba señaladas muestran que es necesario abrir el campo de estas

investigaciones hacia las temáticas de salud no necesariamente involucradas con estos aspectos.

Cabe recordar que los hombres no conforman un conglomerado homogéneo e invariable, y no actúan en automático con un modo masculino único (Mirandé, 1997), sino a partir de los mandatos sociales se presenta una variedad de modalidades de masculinidad, en muchos casos contradictorias. Por ello, desde la perspectiva de género es muy importante avanzar en los estudios sobre las masculinidades y su influencia en los problemas de salud, para comprender como los hombres los viven e identificar elementos base para su abordaje y que puedan ser incorporados a las líneas de acción de la salud pública.

Por otra parte, en cuanto a las mujeres se pueden comentar algunos temas relevantes; sus principales causas de muerte expuestas en la gráfica 2 muestran que en México en 2011 las enfermedades crónico-degenerativas ocupan el primer lugar, lo que también invita al análisis epidemiológico con perspectiva de género que sustente la formulación de propuestas de acción para la prevención y la atención a personas que las padecen. Por ejemplo, se debe considerar la influencia del género en el cuidado de la salud, lo cual dificulta la práctica para sí mismas respecto de los cuidados que realizan para otras personas.

El caso paradigmático del cáncer de mama y cérvico-uterino nos muestra las múltiples maneras en que el sistema tradicional de género influye de manera negativa en el cuidado de la salud de las mujeres. De inicio, podemos afirmar que la falta de atención hacia su salud o hacia posibles síntomas indicadores de estos problemas de salud se constata ya que muchas mujeres con cáncer de mama o cérvico-uterino postergaron la búsqueda de pruebas diagnósticas. Además, las razones por las cuales postergan la visita al médico para realizarse el papanicolao o una mastografía son variadas, y algunas tienen que ver con su condición y rol de género. Por ejemplo, omiten estas visitas médicas por falta de tiempo para sí mismas, pues están ocupadas en la atención de los demás miembros de la familia, la realización de labores domésticas, ayudar a otros en sus problemas de salud, etc. También sucede que no cuentan con dinero para asistir a los centros de salud u hospitales, pues su trabajo casero no es pagado y muchas veces tampoco tienen

un trabajo remunerado fuera de casa que les permita tener autonomía económica para decidir en qué gastar su dinero, aunado a su falta de empoderamiento para tomar decisiones en su familia en beneficio de la propia salud.

Otros datos de la salud de las mujeres en México hablan de su exposición a riesgos contra la salud, su condición de vulnerabilidad relacionada con el género y la situación económica. Por ejemplo, en 2011, 80% de las 971 muertes maternas en nuestro país eran evitables. La muerte materna sigue siendo la punta del *iceberg* de la desigualdad social entre mujeres y hombres, dado que ellas mueren por causas evitables durante el embarazo, el parto y el puerperio, etapas que paradójicamente son sobrevaloradas en el sistema tradicional de género, el cual coloca a la reproducción y la maternidad como la función social más valorada de una mujer. En el caso de México, la muerte materna es un problema derivado principalmente de la falta de calidad de la atención de la emergencia obstétrica. Por otro lado, también es importante señalar que se ha desarrollado una reflexión seria en torno de la violencia institucional ejercida durante la atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio,<sup>4</sup> en este sentido, resulta indispensable investigar más sobre el impacto de dicha violencia institucional en la morbi-mortalidad materna, pues el sustento de esta práctica está soportado por la desvalorización de la mujer y de su capacidad de vivir la sexualidad en nuestra sociedad.

Recordemos que los mandatos sociales de sexualidad se hallan principalmente centrados en la heterosexualidad, pero se entrelazan con el género, legitimando una sexualidad para los hombres y otra para las mujeres (Butler, 1993). La conformación de los individuos en

<sup>4</sup> Véase Villanueva, Luis, “El maltrato en las salas de parto. Reflexiones de un gineco-obstetra” en revista *Género y Salud en Cifras*, vol. 8 núm. 3, septiembre-diciembre de 2010, pp. 21-26; García, Hernán, Almaguer, Alejandro y Vargas Vicente “La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud” en revista *Género y Salud en Cifras*, vol. 8 núm. 3, septiembre-diciembre de 2010, pp. 3-12; Mino, Fernando “Parir con dolor. La violencia obstétrica en los servicios de salud” en Letra S, Salud, Sexualidad y Sida, suplemento mensual de *La Jornada*, núm. 189, jueves 5 de abril de 2012.

sujetos de placer está enmarcada en el cruce de las demandas sociales de los discursos hegemónicos de la sexualidad y del género. Estos mandatos sociales para una sexualidad de género interpelan a los sujetos normando las prácticas sexuales y su deber ser, de manera que ubican a la sexualidad femenina como una práctica para la reproducción independientemente del componente placentero que pueda o no tener. Por lo tanto, a las mujeres embarazadas se les puede recriminar o criticar por haber tenido una práctica sexual que tuvo como resultado un embarazo.

Varios especialistas (Villanueva, 2010; Hernández *et al.*, 2010; Mino, 2012) han abordado la problemática de maltrato y falta de respeto hacia la mujer como cuestionamiento irónico o burlón sobre su vida sexual, emitido durante los momentos en que está a la espera de parir con dolores y malestares corporales propios de ese proceso. Sin embargo, cabe preguntarse si otro tipo de maltratos o de “no tratos” apropiados y con calidad técnica estarían encubriendo los prejuicios médicos en relación a la vida sexual femenina y los estereotipos y roles tradicionales de género femenino. Ésta es una veta de investigación fundamental, misma que desde la perspectiva de género contribuiría para profundizar como la falta de calidad en la atención de una emergencia obstétrica o de un parto o cesárea puede derivar en una muerte materna, aun cuando el personal médico haya recibido de parte de diferentes expertas y expertos capacitación y cursos de actualización en esta materia.

Otra problemática de salud actual que requiere mayor análisis y propuestas de intervención desde la perspectiva de género es el VIH/SIDA. Actualmente hay una razón hombre/mujer de 4.6 hombres por 1 mujer, dato que se ha mantenido en los últimos 9 años, según el Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA 2012 del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CONASIDA). Sin embargo, los datos del Sistema Nacional de Información en Salud revelan que entre 2001 y 2006 la tasa de mortalidad entre mujeres por esta causa tuvo un incremento de 11.7%. Según el mismo informe, del total de casos registrados en 2011, el 98% de SIDA en mujeres se dio por transmisión heterosexual. Por su parte, especialistas han evidenciado como en 2009, 99.5% de las mujeres y 97.1% de los

hombres de más de 30 años diagnosticados con SIDA lo adquirieron por vía sexual; 49.4% de ellos y 99.5% de ellas dijeron tener relaciones heterosexuales; 26.4% de los hombres declararon ser homosexuales y 21.3% bisexuales (Torres, 2010: 23). Como lo muestran los datos del Registro Nacional de Casos de SIDA “la progresión de casos de SIDA entre las mujeres adultas muestra un crecimiento de la epidemia, tanto absoluto respecto de las cifras que se presentaron en las décadas de los ochenta y noventa, como relativo frente a los hombres. La vía de transmisión heterosexual es la responsable de este cambio” (Magis *et al*, 2010: 37). La información epidemiológica sobre VIH/SIDA también da luces sobre la necesidad e importancia de analizar los datos con un enfoque de género, considerando las condiciones en las cuales las mujeres y los hombres tienen o no prácticas de prevención, o se infectan con VIH, se enferman de SIDA, o en su caso tienen o no acceso a servicios de salud y a los medicamentos antiretrovirales, entre otros.

Hasta aquí, algunas reflexiones para un análisis con perspectiva de género de algunos datos epidemiológicos desagregados por sexo. Los problemas de salud con mayor brecha deben ser analizados tomando en cuenta esta perspectiva; sin embargo, aunque la brecha no sea tan evidente, el enfoque de género puede contribuir a la comprensión de la forma en que mujeres y hombres viven el proceso salud enfermedad, dando luces para la creación de estrategias y acciones específicas que de manera más efectiva coadyuven a la prevención, al fortalecimiento del cuidado y autocuidado de la salud, así como una mejor y mayor adherencia al tratamiento ante una enfermedad diagnosticada. Tal es el caso de la diabetes mellitus que a continuación se aborda.

## Perspectiva de género en el caso particular de la diabetes mellitus

Desde la Encuesta Nacional de Salud de 2000 se observó que en México la prevalencia nacional de diabetes mellitus en adultos de 20 y más años de edad era de 7.5%, mujeres 7.8% y hombres 7.2%. Estos datos evidenciaron la gravedad de este problema de salud en nuestro

país, aunque de acuerdo con un análisis estadístico mediante modelos de regresión logística multivariada estratificados por sexo, realizado por Olaiz *et al* (2007) se identificaron como variables asociadas con la presencia de esta enfermedad la edad, la baja escolaridad, el antecedente familiar de diabetes mellitus y la coexistencia de hipertensión arterial, enfermedad renal e hipercolesterolemia en ambos sexos. Sin embargo, en el mismo análisis la obesidad abdominal se relacionó con diabetes mellitus sólo en mujeres, mientras la residencia en zona urbana se relacionó con esta enfermedad sólo en hombres. En tanto, la prevalencia ajustada de diabetes por diagnóstico médico previo a la encuesta, en mujeres subió de menos de 20% en la ENSANUT 2006 a más de 25% en la ENSANUT 2012. Lo anterior también apunta a la necesidad de investigar con mayor profundidad y con diferentes metodologías las causas de las diferencias por sexo y qué relación tienen con el género.

En particular, en lo que respecta a las muertes de mujeres por diabetes mellitus, podemos preguntarnos qué relación tiene el género con la posibilidad al acceso a diagnósticos adecuados y la obtención de condiciones para una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional que requeriría el control de sus niveles de glicemia. Hasta ahora no hay investigaciones suficientes que muestren dicha relación, pero sí algunos análisis y experiencias institucionales (OPS, 2008) que apuntan hacia la necesidad de profundizar en investigaciones con perspectiva de género para mostrar que, debido a la condición de género además de su condición de clase y en muchas ocasiones de etnia, las mujeres enfrentan diversas barreras y problemáticas para transformar y fortalecer estilos de vida saludables así como para tener apoyos de los demás miembros de la familia que les faciliten la adherencia a la dieta nutricional así como al tratamiento farmacológico.

Por los mandatos tradicionales del “ser para los otros” y “para el cuidado de los otros”, muchas mujeres no ejercen su derecho a la protección de la salud al postergar el cuidado de su propia salud por atender la de otros miembros de la familia, o por no contar con, recursos financieros para acudir a servicios de salud cuando sea

necesario, adquirir el mejor tratamiento farmacológico existente para este padecimiento o contar con todo lo necesario para la elaboración y consumo de una dieta saludable apropiada a los requerimientos de calorías para tener un buen control metabólico.<sup>5</sup>

Si bien se ha documentado que las mujeres perciben más tempranamente cambios en sus cuerpos, emociones y malestares corporales, además de tener más condiciones aceptadas socialmente para expresarse y hablar sobre estas cuestiones, esto no necesariamente contribuye a la obtención de requerimientos personales, financieros y de apoyo familiar para hacerse cargo del cuidado de su salud y las medidas necesarias para el mejor control de su diabetes mellitus.

Por otra parte, también desde la perspectiva de género, hay que apuntalar la importancia de analizar las condiciones de salud y bienestar de los hombres diabéticos, relacionadas con la socialización de la masculinidad tradicional que les exige y demanda contención emocional como fundamento de su masculinidad (Corsi, 1995). En un estudio realizado en Chiapas (Nazar B. y Salvatierra I., 2010), se encontró que la diabetes mellitus tipo II en hombres de 65 y más años incrementó significativamente la probabilidad de depresión. Según sus resultados los hombres diabéticos de mayor edad tienen cuatro veces mayor riesgo de depresión que los hombres diabéticos jóvenes y 2.6 veces mayor probabilidad de padecer depresión que los

<sup>5</sup> Se han documentado algunas problemáticas y dificultades que enfrentan las mujeres con diabetes mellitus al no contar con apoyo de su pareja y/o hijos, u otros integrantes de la familia, para poder elaborar y consumir alimentos saludables acordes con la dieta prescrita. Así también, se ha documentado los apoyos que los hombres con diabetes mellitus generalmente reciben por parte de sus parejas y demás familiares que viven con ellos. Esto tiene relación con los roles tradicionales de género que demandan para las mujeres atender y hacerse cargo del cuidado de los otros, independientemente de considerar y ejercer el autocuidado de sí, y para los hombres el control emocional y racional así como el papel de proveedor y jefe de familia que recibe los cuidados y apoyos necesarios en el hogar precisamente para cumplir con dicho rol. Véase, Ortiz y Barragán, 2011; del Río, *et al.*, 2008.

hombres no diabéticos de mayor edad.<sup>6</sup> De acuerdo con sus resultados, la depresión es más frecuente en los hombres diabéticos de 65 o más años, ya que registraron significativamente mayor frecuencia de sensación de soledad, tristeza, desinterés, dificultad para dormir, falta de energía, así como preocupación excesiva, desesperanza y llanto fácil, incluso pérdida de autoestima. Según este estudio, la depresión incrementa la probabilidad de abandono del tratamiento en el caso de los hombres jóvenes: siete de cada diez abandonan el tratamiento. Lo anterior podría explicar la mayor pérdida de funciones reportadas por los hombres en edades más avanzadas, así como su menor esperanza de vida; por lo que la diabetes produce un conflicto importante en la identidad masculina que se centra socialmente en demostrar su fortaleza, virilidad y capacidad, funciones que se ven afectadas seriamente por esta enfermedad. Desde la perspectiva de género, este conflicto estaría contribuyendo a la génesis de la depresión y al abandono del tratamiento. Como afirman Nazar y Salvatierra “Aunque los hombres tienen mayores ventajas sociales respecto a las mujeres, como mayor control y acceso a los recursos destinados a su salud y los cuidados proporcionados por su pareja, las demandas sociales les imponen metas que en la vejez o en la enfermedad no pueden cumplir.” (2010: 88). De ahí que la atención a mujeres y hombres con este tipo de padecimientos debe incluir tratamientos para la diabetes y la depresión, aunque tendrían que considerar, también, el significado de la enfermedad, el impacto de la mayor edad para favorecer una mejor adherencia y un incremento de la misma, y con ello aumentar el control y calidad de vida aún en el envejecimiento.

<sup>6</sup> En este estudio la depresión en el caso de las mujeres no se asocia con la mayor edad ni con la diabetes. La depresión fue medida con el Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25). Los resultados evidenciaron a la edad como un factor clave en la explicación de la asociación de la diabetes mellitus tipo 2 y la depresión en los hombres.

## Perspectiva de género en salud: algunos criterios básicos y lineamientos para su aplicación en los programas de salud

A partir de la resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas del 14 de julio de 1997, publicada por la Organización de las Naciones Unidas por medio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2002 la Política en materia de Género: integración de las perspectivas de género en su labor (OMS, 2002). La meta de esta política es contribuir a la mejora de la salud tanto de hombres como de mujeres mediante investigaciones, políticas y programas de salud que presten la debida atención a las cuestiones de género y promuevan la equidad y la igualdad entre el hombre y la mujer.

La OMS por medio de la Comisión de Determinantes Sociales<sup>7</sup> reconoció al género como un determinante social que los sistemas de salud deben tomar en consideración, por lo que deberían promover mayor equidad; identificar y atender necesidades diferenciales de salud desde la planeación y el otorgamiento de servicios; reconocer y revalorar que la fuerza de trabajo mayoritaria son mujeres; y trabajar en coordinación intersectorial (Sen y Östlin, 2007).

La Organización Panamericana de la Salud también estableció la Política de Igualdad de Género 2009-2014 con la meta de contribuir al logro de la igualdad de género en el estado de la salud y el desarrollo sanitario por medio de investigaciones, políticas y programas que presten la atención debida a las diferencias de género en la salud y a sus factores determinantes y promuevan activamente la igualdad entre mujeres y hombres.

Para ello creó el Plan de Acción para la implementación de la política de igualdad de género en la OPS (2009), que se orienta a partir de 4 ejes de trabajo: 1) la creación de base de datos probatorios sobre el género y la salud; 2) la creación de herramientas y fortalecimiento de capacidades en la secretaría y los Estados Miembros de la OPS; 3) el aumento y fortalecimiento de la participación de la sociedad

<sup>7</sup> Véase [http://www.who.int/entity/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](http://www.who.int/entity/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf) [visitado el 11 de enero de 2012].

civil, con hincapié en grupos de mujeres y defensores de la igualdad de género; 4) la institucionalización de políticas sensibles a las cuestiones de género, y mecanismos de vigilancia y seguimiento.

El consenso de las posturas de diferentes expertas y expertos se ha plasmado en estas políticas y planes de acción, dentro de un marco institucional e internacional que impulsa el análisis desde la perspectiva de género de las problemáticas de salud de la población, frente a la necesidad de atender la desigualdad social y las inequidades de género en salud.

La manera como se ha consensado el análisis de género permite:

examinar las cosas de abajo hacia arriba y comprender la realidad de la población local antes de pasar al plano nacional e internacional para comprender las causas fundamentales de como y por qué el poder, los derechos y el acceso a recursos relacionados con la salud se distribuyen desigualmente entre los grupos de un país.(OPS, s/f).

La OMS y la OPS han publicado evidencias y líneas de trabajo para la aplicación del análisis con perspectiva de género y la correspondiente incorporación de esta perspectiva en políticas, programas y proyectos de atención a la salud (OMS, 2011; OPS, s/f).<sup>8</sup> Con base en evidencias sólidas recomiendan decisiones oportunas en la atención de asuntos prioritarios en el sector de la salud para la igualdad de género. En particular, han presentado evidencias sobre las múltiples maneras en que el género impacta negativamente en la salud de las mujeres y en menor cantidad respecto a la salud de los hombres, por lo que es muy importante investigar más el impacto negativo que también tiene el

<sup>8</sup> Además de las guías de OMS y OPS, organizaciones de la sociedad civil y/o algunos gobiernos han publicado algunas guías y recomendaciones para la aplicación de la perspectiva de género en programas de salud. Un ejemplo de esto es el documento de Sara Velasco Arias, *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud* del Observatorio de la Salud de la Mujer y la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud de la Secretaría General de Sanidad y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, en 2008 en Madrid.

género sobre su salud. De esa manera se contribuirá al avance hacia la igualdad de género en salud a través de investigaciones sobre las brechas en la salud de mujeres y hombres.

Por otra parte, resulta indispensable considerar lo establecido por la OPS (s/f):

La falta de evidencias no significa que no podamos corregir y aliviar las inequidades de salud debidas a las normas y la desigualdad de género. No necesitamos más evidencias para saber que la desigualdad, los roles y las normas de género son importantes determinantes sociales de la salud. Lo que sí necesitamos es continuar fortaleciendo las evidencias sobre las formas en que opera el género como factor de riesgo o de protección para la salud tanto de las mujeres, como de los hombres de todas las edades y realizar evaluaciones rigurosas de las ventajas de la incorporación de la perspectiva de género en el sector de la salud. (OPS, s/f).

Desde ese marco institucional internacional podemos afirmar que: es necesario analizar la ocurrencia de enfermedades y los datos epidemiológicos desde la perspectiva de género, y así identificar diferencias entre mujeres y hombres en:

- Los riesgos establecidos por tipo de actividad y patrones de comportamiento asignados socialmente a cada sexo.
- La percepción de los síntomas de enfermedad y el momento de la búsqueda de atención médica.
- Las condiciones de posibilidad de acceso a servicios de salud.
- La adherencia al tratamiento y la manera en que se asume el papel de enfermo(a) y de cuidador(a).
- Las necesidades específicas de atención y la evaluación de la calidad de la atención.
- El autocuidado y los apoyos que se tienen para la salud y el seguimiento y adherencia al tratamiento indicado.

La identificación de estas diferencias es el punto de partida para proponer alternativas que desde la perspectiva de género contribuyan de manera más efectiva al cuidado de la salud y el bienestar de las personas. Al mismo tiempo, el análisis desde este enfoque debería realizarse para los servicios de salud y su personal en lo que se refiere a:

- La identificación de prioridades en gastos e inversión.
- Las acciones necesarias para fomentar y contribuir a la eliminación de patrones, roles y estereotipos de género adversos a la salud.
- La promoción de la salud tomando en cuenta la condición de género de las personas y evitando reproducir o reforzar los estereotipos y roles tradicionales de género.
- La generación de información para la prevención de enfermedades considerando diferencias de género.
- La difusión y promoción de medidas de prevención o tratamiento facilitando la adherencia tomando en cuenta las condiciones de género.
- Las medidas para facilitar el acceso a servicios de salud para las mujeres y los hombres, incluyendo acciones afirmativas o medidas temporales.
- La implantación de estrategias de evaluación de la calidad con perspectiva de género.
- La generación de un ambiente y condiciones laborales de igualdad para las mujeres y los hombres que trabajan en las oficinas y servicios de salud, incluyendo la tolerancia cero al hostigamiento y el acoso sexual.

Para avanzar hacia la igualdad de género en salud es fundamental aplicar la perspectiva de género a partir de criterios básicos, como los planteados en la *Guía para incorporar la perspectiva de género en programas de salud* (2011). Se trata de una herramienta que establece una propuesta de lineamientos básicos para acciones específicas de promoción de la salud, la prevención y la atención de la salud desde la perspectiva de género contribuyendo al establecimiento de

condiciones para la igualdad de género en salud. Los lineamientos básicos serían:

- Desagregar por sexo todos los datos epidemiológicos y aquellos que se recolectan a través de los sistemas de información en salud sobre la morbi-mortalidad, discapacidad, gasto en salud, y realizar análisis epidemiológico con perspectiva de género.
- Utilizar comunicación incluyente, no sexista, no discriminatorio en todos los mensajes, documentos, productos comunicativos, internos y externos de la institución de salud.
- No reproducir o fomentar la discriminación por sexo o género con las acciones de promoción de la salud, prevención y atención a la salud.
- Tener en cuenta que se trabaja con mujeres y hombres con una historia, no con objetos para números y metas.
- Fomentar que el cuidado de personas enfermas lo hagan todas/os los integrantes de la familia (no sólo mujeres).

Como parte de avanzar en la elaboración y puesta en marcha de propuestas para incorporar la perspectiva de género en programas de salud, en particular en las acciones de promoción de la salud, la prevención y la atención en servicios de salud, esta *Guía* también expone algunos lineamientos prácticos y específicos para avanzar en ese sentido. Por citar algunos ejemplos, se propone:

Para las acciones de promoción de la salud y prevención, evitar reproducir los estereotipos y roles tradicionales de género en las imágenes ahí utilizadas. A manera de ejemplo, esto se tendría que ver traducido en mensajes sobre el cuidado de la salud como un fin en sí mismo y no como un medio para beneficiar la salud de otras personas, como cuando se promueve que la mujer deje de fumar. Otro ejemplo podría ser que se generen y promuevan mensajes dirigidos a sensibilizar sobre la prevención de los riesgos que suelen asumir los hombres por razones de género y que repercuten en su estado de salud, tales como los accidentes, las adicciones, el VIH/SIDA. Finalmente, otro ejemplo sería, que se aliente a los hombres de cualquier edad a participar en

las actividades de salud comunitaria tradicionalmente delegadas a las mujeres por cuestiones de género. Por mencionar algunos, mostrar en las imágenes a hombres que cuidan a integrantes menores o mayores de la familia; llevando a su hija o hijo a vacunar.

Por otro lado, la aplicación de la perspectiva de género en la atención en los servicios de salud requiere que el personal de salud trate a las usuarias con amabilidad y como personas respetables, incluso llamándolas por su nombre y no con términos en diminutivo que denotan un trato hacia ellas como seres inferiores que requieren de una protección en particular. Otra propuesta es establecer espacios y horarios de atención en los servicios preventivos adecuados a los horarios de trabajo de las mujeres y de los hombres, en particular para la atención en aquellos programas generalmente dirigidos a la atención de los hombres como es el caso de las adicciones y el VIH/SIDA. Además, es necesario que los servicios de salud incluyan el servicio de cuidado de las y los hijos de las usuarias mientras éstas reciben la atención médica que requieren. Finalmente, una propuesta es que el consentimiento informado sea un eje central en la prestación de servicios, en especial la atención de la salud reproductiva de las mujeres.

## Consideraciones finales

Se han presentado algunos datos, reflexiones y argumentos sobre la igualdad de género en salud como un reto importante y necesario para ser asumido en las instituciones de salud pública. Las ideas y cuestiones aquí planteadas son resultados del intercambio colaborativo y constructivo que hemos tenido en el desarrollo del Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud 2007-2012. No pretenden ser soluciones y propuestas acabadas, sino ideas reflexivas para motivar mayor análisis y generación de nuevas propuestas, además este documento busca enriquecer los planteamientos con las consideraciones de quienes las lean y pongan en práctica.

Aún queda mucho trecho en la construcción de condiciones para la igualdad entre mujeres y hombres en el respeto de su derecho a la

salud, así como la disminución y eliminación de inequidades en salud causadas o reforzadas por el sistema tradicional de género. Sin duda, la realización del derecho a la igualdad entre la mujer y el hombre establecido en la Constitución Mexicana y en la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en el ámbito de la salud es un reto inaplazable y en el que las personas que trabajamos en las instituciones de salud debemos trabajar por el bien de toda la población que vive y transita por México.

## Referencias

- Arteaga, N. y Valdés, J., “Contextos socioculturales de los feminicidios en el Estado de México: nuevas subjetividades femeninas”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 72, núm. 1 (enero-marzo, 2010), UNAM, pp. 5-35.
- Bonino, L., “Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos”. Conferencia presentada en las Terceras Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina; 1989.
- Buvinic, M., Médiçi. A., Fernández, E. y Torres, A.C. “Gender Differentials in Health”. En. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D.V. *et al*, (editors). Washington DC: Oxford University Press and The World Bank; 2006; p 195-210.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), *Guía mujeres y hombres ante las adicciones: el papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento*. México. Secretaría de Salud, 2006.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), *Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud*. México, Secretaría de Salud, 2011.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), *Programa de acción específico 2007-2012 Igualdad de género en salud*. México, Secretaría de Salud, 2008.
- Corsi, Jorge. *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires, Paidós, 1995.

- De Keijzer, Benno, *La enfermedad y la muerte en los hombres: masculinidad y salud*. México: Fundación MacArthur; 1994.
- García, Hernán, Almaguer, Alejandro y Vargas Vicente “La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud” en revista *Género y Salud en Cifras*, vol. 8 núm. 3 (septiembre-diciembre de 2010), pp. 3-12.
- Lerner, Susana, (edit). *Varones, sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México; 1998.
- Magis, C., De Luca, M., Martz T., Bravo E. y Volkow, P., “Panorama epidemiológico”, en *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA*, Ángulos del SIDA, Torres Pereda (edit.), México, CEN-SIDA/INMUJERES/Instituto Nacional de Salud Pública, 2010, p. 32-51.
- Mino, Fernando. “Parir con dolor. La violencia obstétrica en los servicios de salud”, en “Letra S, Salud, Sexualidad y Sida”, suplemento mensual de *La Jornada*, núm. 189, jueves 5 de abril de 2012.
- Mirandé, A., “Los hombres latinos y la masculinidad: un panorama general”. Revista *La Ventana* 8 (1997), p. 8-45.
- Nazar, A. y Salvatierra B., “Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género”, *Perfiles de Población*, 64 (abril/junio 2010), CIEAP/UAEM, p. 67-92.
- Olaiz, G., Rosalba, M., Aguilar, C., Rauda, J., Villalpando, S., “Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000”, *Salud Pública de México*, 49, (suplemento 3, 2007), pp. s331-s337.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Declaración introductoria de la Directora General sobre la política de la OMS en materia de género: integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Véase en <<http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>> [Consulta: 23 de febrero de 2012].
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Department of Gender, Women and Health, *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*, Ginebra, 2011. [en línea]. Disponible en <[http://www.who.int/gender/documents/health\\_managers\\_guide/en/index.html](http://www.who.int/gender/documents/health_managers_guide/en/index.html)> [Consulta: 21 de enero de 2012]
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Incorporación de la perspectiva de género en los programas prioritarios de salud: el caso de prevención y control de la diabetes mellitus en México*. Mejores prácticas en género, etnia y salud. Washington, D.C., OPS. 2008.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Género y salud: una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud*. Adaptado de Gender Mainstreaming for Health Managers: a practical approach de OMS. s/f. [En línea]. Disponible en <<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manual-Final.pdf>> [Consulta: 20 de abril de 2012].
- Ortiz, Luz M. y Herrera, Martha R., “¡No soy una enfermedad!... Soy una persona que padece diabetes”. En *Antropología física. Diversidad biosocial contemporánea*, Peña, Florencia y Barragán Anabella (coords.), México: Prompet-ENAH-Eón sociales, 2011, p. 73-90.
- Rodríguez, Y. y del Río, A., “Masculinidad y perspectiva de género en problemas de salud actuales en México. Realidades y retos”, en *Masculinidades, género y derechos humanos*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos, Primera Visitaduría General de la CNDH, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Familia, la Niñez, Personas Adultas Mayores y Discapacidad, 2010, p. 157-170.
- Secretaría de Comunicaciones y Transportes. *Anuario Estadístico de accidentes en carreteras federales 2006* [en línea]. Disponible en <<http://imt.mx/archivos/Publicaciones/DocumentoTecnico/dt38.pdf>> [Consulta: 10 de octubre de 2013].
- Secretaría de Comunicaciones y Transportes, *Anuario estadístico de accidentes en carreteras federales*, México, 2003.
- Secretaría de Salud/Consejo Nacional contra los Accidentes, Observatorio Nacional de Lesiones, Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial. *Tercer informe sobre la situación de la seguridad vial. México 2013*. [En línea]. Disponible en <[http://www.cenapra.salud.gob.mx/interior/Pub2013/3erInforme\\_Ver\\_ImpresionWeb.pdf](http://www.cenapra.salud.gob.mx/interior/Pub2013/3erInforme_Ver_ImpresionWeb.pdf)> [Consulta: 9 octubre 2013].
- Sen, G. and Östlin, P., *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender Equity Knowledge Network. Karolinska Institut, 2007. Véase [en línea] Disponible en <[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf)> [Consulta: 11 de enero de 2012].
- Torres Pereda (edit.), *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA*. México: Ángulos del SIDA, CENSIDA/INMUJERES/ Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.

Villanueva, Luis, “El maltrato en las salas de parto. Reflexiones de un gineco-obstetra”. Revista *Género y Salud en Cifras*, vol. 8, núm. 3 (septiembre-diciembre de 2010), p. 21-26.

# Género e investigación sobre salud: apuntes para acompañar una búsqueda<sup>1</sup>

JUAN GUILLERMO FIGUEROA PEREA

RESUMEN: Se muestran algunos elementos básicos que aporta la perspectiva de género al investigar los procesos de salud y enfermedad de las personas, a partir de sus diferencias biológicas y de la forma en que éstas se interpretan socialmente. También se reflexiona sobre la interacción entre elementos conceptuales y políticos subyacentes al proceso de construcción de la perspectiva de género, ya que ello condiciona las diferentes interpretaciones de los hechos sociales que buscan ser vistos desde aristas más ricas, diversas y complejas que las que han venido construyéndose desde diferentes fuentes de conocimiento, como algunas disciplinas académicas y desde el conocimiento cotidiano.

A partir de estas precisiones y reflexiones, se proponen ejemplos de los problemas de salud que viven hombres y mujeres, algunos de manera

<sup>1</sup> Texto construido a partir de dos conferencias del autor presentadas la primera en el Primer Congreso Nacional sobre “Temas selectos de salud. Investigación y acción desde una perspectiva de género”, organizado por el Instituto Nacional de las Mujeres y varias instituciones del Sector Salud (23 y 24 de septiembre de 2008) y la segunda, en el Programa de Estudios de Género y Salud del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, dentro de su ciclo de mesas redondas y conferencias *La primera feria de género y salud*, celebrada los días 14 y 15 de octubre de 2010.

específica por sus diferencias fisiológicas y otros en función de lo que culturalmente se construye como imaginarios de género. A partir de la lectura combinada de lo teórico, lo político y los casos específicos, se proponen reflexiones y propuestas de investigación para trabajar críticamente alrededor de estos temas, ya sea como investigadores o bien como proveedores de servicios de salud.

Este texto pretende mostrar algunos elementos básicos que aporta la perspectiva de género al investigar los procesos de salud enfermedad. Se trata de una presentación en cuatro partes. La primera incluye breves considerandos conceptuales. La segunda recupera algunas dimensiones de tipo político, ya que esa es la historia detrás de la perspectiva de género. En la tercera parte se proponen ejemplos de problemas de salud de hombres y de mujeres, y se reflexiona como se pueden tratar de repensar las diferencias observadas desde la perspectiva de género. En la cuarta sección se comparten algunas sugerencias de vertientes de investigación para seguir trabajando.

Se parte del supuesto de que investigar no es únicamente el proceso ordenado y sistemático, sino que implica además un proceso crítico a través del cual buscamos generar conocimiento (Ander Egg, 1976). La mejor manera de ser crítico es por medio de cuestionar las propias interpretaciones, aquellas que se aprenden por tradición cultural e incluso disciplinaria y que por ello se asumen como obvias. Lo que se necesita es revisar supuestos y creencias, así como la forma —a veces obvia— de interpretar las diferencias entre hombres y mujeres en los espacios de la salud y la enfermedad. En este tenor puede ser muy útil tratar de entender lo que ofrece la perspectiva de género, comenzando por acotarla teórica y analíticamente.

## Elementos conceptuales

Ante una persona recién nacida se identifican sus rasgos biológicos con el fin de poder caracterizarla como niño o niña. A partir de ese

momento los actores sociales van creando una serie de condicionamientos sociales para entrenar a la persona, de modo que se comporte de acuerdo con lo esperado en función de su genitalidad. Lo que la perspectiva de género trata de hacer evidente es que se nace con cierto tipo de información biológica y de fisiología y en función de ello, la sociedad va entrenando a las personas para comportarse y para actuar de cierta manera.

Eso no niega que exista un conocimiento acumulado para analizar diferencias genéticas, fisiológicas y anatómicas, que de alguna manera pueden ir generando ciertas predisposiciones de las personas a tener procesos específicos de salud-enfermedad. No obstante, una hipótesis de trabajo es que además los diferentes patrones de socialización van permeando de manera diferente nuestro proceso de salud-enfermedad. Por ejemplo, a muchas mujeres se les entrena para cuidar a otros y cuidarse a sí mismas, pero irónicamente hay ocasiones en que no pueden hacer esto último porque no tienen tiempo por estar cuidando a otras personas. En cambio, a muchos hombres se les entrena no sólo para no cuidarse, sino para buscar situaciones de riesgo; pareciera que es poco masculino el auto-cuidarse. Irónicamente hay mujeres que cuidan a los hombres y se descuidan a sí mismas, porque están atendiendo al que intencionalmente busca las situaciones de riesgo.

Por tanto, los factores para exponerse a cierto tipo de problemática de salud-enfermedad no están únicamente condicionados por lo que fisiológicamente se es, sino por lo que socialmente se aprende. Esto influye en procesos diferenciales de empoderamiento sobre la propia salud. Núñez (2004) señala que un sistema patriarcal contribuye a que los hombres sean extraños para sí mismos, mientras que muchas autoras feministas han evidenciado que esas diferencias biológicas se convierten en desigualdades sociales para las mujeres (Lamas 1996), al generar diferentes accesos a satisfactores sociales, así como distintos derechos y oportunidades para cuidar de sí mismas (Correa y Petchesky 1994). Regularmente cuando se piensa en género se suele interpretar que eso genera múltiples desigualdades para las mujeres y por supuesto que hay evidencias al respecto, si bien lo que menos se trabaja es

que estos aprendizajes también les generan consecuencias negativas a los hombres (Figueroa 2009).

Una de las lecturas de la perspectiva de género, es que más allá de verla únicamente como una categoría abstracta ofrece la posibilidad de ayudar a tomar distancia de como las personas aprendieron a ser lo que son como hombres y mujeres. Simone de Beauvoir (1989) cuando afirmaba que “no se nace mujer, sino que se aprende a serlo”, señaló paralelamente que tampoco se nace hombre, sino que se aprende. ¿Por qué no revisar los procesos por los cuales se aprende a ser hombre, a la par que se revisa como se aprende a ser mujer? En el proceso de salud-enfermedad parecen claras las pérdidas que viven hombres y mujeres. Por lo mismo, más que quedarse en un falso debate entre qué escoger para explicar las diferencias, lo biológico o lo social, la propuesta es de reflexionar ¿cómo ponderar lo biológico y lo social al interpretar los procesos de salud y enfermedad?

Entre los elementos biológicos a considerar al estudiar la salud tenemos: la genética, la fisiología, la anatomía y la predisposición a ciertas enfermedades. En el caso de los factores sociales identificamos los patrones de socialización, los roles familiares y las diferentes oportunidades para ejercer derechos y cuidar de la salud, así como las tensiones y riesgos laborales y domésticos asociados a los que significan las diferencias biológicas. Ello va moldeando procesos de empoderamiento y desempoderamiento diferenciales para mujeres y para hombres, lo que legitima injusticias por jerarquías creadas y reproducidas socialmente. Por ello, las diferentes causas de morbilidad y mortalidad no pueden ser tan fácilmente explicadas desde el sexo biológico, sino que es necesario considerar también aprendizajes y especializaciones de género (Lagarde 1994).

¿Qué pasaría si se pudiera demostrar que las especializaciones de género condicionan la forma en que se ejerce el derecho a la salud y por lo tanto influyen en el acceso a las condiciones de posibilidad para trabajar por el equilibrio y bienestar fisiológico, emocional y social? Si eso fuera así, haría falta investigar lo que significa la diferencia entre lo biológico y lo social. Sin embargo, vale la pena alertar también que se suele suponer que los varones no se exponen a exclusiones o

consecuencias negativas por el hecho de vivir en una sociedad patriarcal. Al contrario, se ha documentado que las especializaciones de género también desempoderan a los hombres (Castañeda 2002, Figueroa 2009), y que lo contradictorio de las especializaciones de género es que los desempoderan a ambos, al fragmentar lo que potencialmente pueden ser como personas.

Una consecuencia inicial de repasar la salud desde el género consiste en poder desmenuzar las relaciones entre el género y la salud. Una primera propuesta es verlo desde las identidades de género y de como se aprende a ser hombre o mujer, mientras que un segundo nivel de análisis relevante contempla considerar las relaciones de poder entre personas de ambos sexos. Una tercera dimensión analítica propone recuperar los contextos en donde vive la gente, explicitando elementos de estratificación social y asimetrías de género (Szasz 1999). Esto requiere diversificarse y ponerse en contexto, documentando como se insertan estos intercambios en una serie de estratificaciones sociales. La dimensión de género alude a esas tres dimensiones y por ende, es necesario profundizar en como podemos desglosarlas.

### *a) Construcción subjetiva de identidades de género*

Una primera posibilidad de trabajo consiste en elaborar nuevas hipótesis y preguntas de investigación. Por ejemplo ¿cómo se vinculan las personas con su cuerpo por el hecho de aprender cierto tipo de identidad, en tanto hombres y mujeres? ¿Los hombres están entrenados para cuidar el cuerpo o para llevarlo a situaciones límite? ¿Por qué muchos hombres se mueren en situaciones de riesgo? ¿No será por un cierto aprendizaje de como, al socializar, van construyendo una forma particular de relacionarse con sus respectivos cuerpos? Si esto tiene que ver con la identidad de género, cuando se habla de que las personas tienen que hacerse responsables de su salud, ¿qué tipo de responsabilidad puede pedírsele a un individuo que aprendió que es más hombre en la medida que se expone a mayores riesgos? (Figueroa 2007) ¿Qué tipo de programa de salud y de política pública se pueden diseñar de

forma que le generen sentido, si antes no se cuestiona el tipo de identidad de género que se aprendió?

Una de las posibilidades de las dinámicas vitales que se les ha impuesto a las mujeres como una obligación es la cuestión de la maternidad, mientras que a los hombres se les ha impuesto la de la sexualidad. Hay una competencia compulsiva en muchos varones para ejercer la sexualidad. Con ese tipo de aprendizajes es posible que vean bloqueadas las posibles decisiones que harían personalmente por considerar otros comportamientos, ya que contra lo que están compitiendo es contra el modelo de ser hombre. Algo parecido puede pasar con las mujeres cuando se asume que ser mujeres es sinónimo de ser madres, como sucede en muchos contextos sociales. Esas identidades de género dan algunas pistas de por dónde investigar con más detalle ciertos elementos de la salud de hombres y de mujeres.

### *b) Relaciones de poder entre hombres y mujeres*

En el siguiente nivel de reflexión es necesario analizar si el tipo de valor social que se les asigna socialmente a hombres y a mujeres afecta su acceso a las posibilidades para ejercer sus derechos laborales, educativos, de salud e incluso su acceso a contextos libres de violencia. Es decir, no se desarrolla de la misma manera socialmente una persona que es hombre que otra que es mujer. Cada quien habla desde el tipo de jerarquía social en el que está inserto, pero si esos diferentes niveles jerárquicos condicionan el acceso a la posibilidad de ejercer derechos a la salud, obviamente que las relaciones de poder entre unos y otros marcan diferencias.

Hombres y mujeres están insertos en el mercado de trabajo y en los ámbitos de la escolaridad, pero tradicionalmente existen diferencias en como unos y otras acceden a ese tipo de espacios de empoderamiento. Incluso quienes estudian mercados laborales entre las mujeres, señalan que hay una mayor inserción laboral de las mujeres, no necesariamente por un mayor empoderamiento de las mismas sino por un mayor deterioro de las condiciones de vida de las unidades

domésticas. Por tanto, hay necesidad de que las mujeres salgan a trabajar, muchas de las veces aunque la pareja y los otros hombres de ese hábitat no estén de acuerdo. Esto lo que refleja es que hay un conflicto permanente de derechos, en las relaciones entre hombres y mujeres, cuando existen diferentes nociones de derechos.

### *c) Estratificación social y asimetrías*

Otro elemento más para tratar de hipotetizar como podemos repensar la salud desde la perspectiva de género, es insertándonos en los contextos de estratificación social; es decir, en el contexto de la toma de decisiones. Actualmente existen institutos de las mujeres, así como un día internacional de la mujer, otro por la salud de las mujeres y uno más en contra de la violencia hacia las mujeres, pero todas esas acciones e instituciones han sido creadas como acciones afirmativas con el fin de reparar desigualdades ancestrales hacia las mujeres. Es decir, tradicionalmente no se les ha asegurado el mismo acceso a la toma de decisiones y al cuidado de la salud. Ahora bien, esto tiene que ver con la toma de decisiones y con las normas dominantes sobre la sexualidad y la reproducción, con su carga de doble moral, que permite o prohíbe diferentes comportamientos a hombres y a mujeres. Esto no únicamente lo reproducen las personas del sexo masculino sino también las mujeres, ya que ambos viven en una sociedad que tiene un orden y discurso patriarcal, y de ahí la dificultad para transformarlo.

Un libro de Castañeda (2002) incluye una frase sugerente ya que señala que “en una sociedad machista todos somos machistas, hasta las mujeres”, pero más que para identificar culpas, menciona lo anterior para recordar que las personas de uno y otro sexo aprenden el discurso y las normas que legitiman dicho orden social. Lo interesante es que al mismo tiempo señala que “¿en una sociedad machista todos salimos perdiendo, hasta los hombres!”. ¿Podría documentarse lo anterior de manera más sistemática, sin victimizar a los hombres ni competir en atención respecto de programas existentes orientados a disminuir desigualdades vividas por las mujeres en múltiples espacios de la cotidianidad?

## Elementos políticos

La perspectiva de género es eminentemente política y no una simple curiosidad de académicas que decidieron llamarle género a una dimensión distinta a lo que es el sexo biológico; es decir, su origen no es meramente académico y menos institucionalizado. Si se olvidan estos antecedentes, se corre el riesgo de trivializarla, adoptándola como lo políticamente correcto. La perspectiva de género planteada por autoras feministas busca evidenciar desigualdades y no únicamente diferencias entre personas de ambos sexos (Scott 1996), además de que no se trata simplemente de recrearse en dichas desigualdades, sino de buscar la manera de entenderlas y evidenciar que las jerarquías de género son socialmente construidas y por ende pueden transformarse. Muchas mujeres feministas se han involucrado en el proceso de transformación, pero la pregunta que podría hacerse es ¿qué podría haber de relevante para que los hombres participen en esto, si se asume que viven puros privilegios? Queda claro que modificando las relaciones de género, muchas mujeres salen ganando, pero lo que no se ha documentado tanto es qué tanto los hombres salen ganando si se cambian dichos intercambios.

Uno de los antecedentes teóricos, políticos y existenciales, de la perspectiva de género es el significado y la conciencia de la desigualdad. Rigoberta Menchú en un libro con Burgos (1989) señala que la conciencia política no le nació porque tuviera claridad teórica de los derechos humanos, sino porque vivió desigualdad y no se quedó paralizada ante la misma. Algo que afirmaba Graciela Hierro, la fundadora del programa de Estudios de Género de la UNAM, es que cuando una mujer toma conciencia de sí como mujer ya es feminista, porque entonces se da cuenta de lo que socialmente le significa a sí misma y a la sociedad el ser dicha persona. Esto implica tomar conciencia de las diferencias y desigualdades que se significan socialmente a partir de la estructura biológica.

La desigualdad es un antecedente de la perspectiva de género, pero la aspiración es la transformación social que construya situaciones de igualdad y de equidad, lo que genera mucha cercanía con la noción de bienestar que suele asociarse al concepto de salud desde una visión

integral. Algo poco trabajado y que vale la pena problematizar es ¿qué tipo de derecho humano a la salud tienen los hombres cuando los modelos de socialización les proponen que no tienen que cuidarse y además buscar situaciones de riesgo para legitimarse en tantos varones?, ¿cuál es el significado del derecho humano a la salud en el caso de dichos hombres?

Adoptar la perspectiva de género consiste en evidenciar y documentar cualquier tipo de exclusión y de desigualdad, asociadas a lo que socialmente significan las diferencias biológicas. Es decir, reparar, disminuir y evidenciar exclusiones, pero además reconstruirlas entre mujeres y hombres en etapas de vida específicas, así como insertos en grupos sociales y en contextos muy particulares, reconociendo la influencia de situaciones socioeconómicas y políticas determinadas, así como la de culturas religiosas específicas. La perspectiva de género no resuelve dichas inequidades por nombrarlas, pero sí ayuda a visibilizarlas y a tratar de transformarlas. Es un proceso gradual, que requiere irse decodificando con el fin de contrarrestar el riesgo de manipularlo.

## La cotidianidad

Se proponen algunos ejemplos de temas de salud-enfermedad en la experiencia de hombres y mujeres, con el fin de mostrar como pueden tener repercusiones distintas para unos y para otras cuando se tratan de interpretar desde una perspectiva de género.

(a) *El primer tema es la mortalidad en general de los hombres.* Podría desglosarse por edades y se constatan diferentes tipos de causas, si bien puede afirmarse que los hombres se mueren por “epidemias simbólicas” (Figuroa 2007). Algunas de estas causas están asociadas a situaciones violentas (accidentes, homicidios, suicidios), que frecuentemente tienen relación con el consumo de alcohol y consumo de drogas, los cuales no son una epidemia. No obstante se podría decir que son una epidemia simbólica, porque se asume que alcoholizándose

o drogándose los varones pueden llevar a cabo ciertos rituales que demanda la masculinidad, y en vez de cuestionar los rituales de pasaje para ser hombre, se acepta la competencia aunque se acabe muriendo por ello. Al parecer existe un aprendizaje sobre la necesidad de buscar riesgos y descuidos de manera intencional; el gran problema es que se trata de modelos de socialización legitimados por la sociedad y aprendidos por la mayoría.

Cuando se piensa en las causas de muerte de las mujeres pasa lo contrario. También hay una lógica de no cuidado, pero no por negligencia ni por búsqueda de riesgo intencional, sino por un no empoderamiento suficiente para cuidarse y, de paso, por tener que atender a otros, incluso a los que no se cuidan. Sin generalizar, son muy diferentes los escenarios que viven hombres y mujeres.

No es nada más la violencia de los hombres contra otras personas lo que aparece en múltiples estudios sobre salud, sino la violencia de los hombres contra sí mismos. Lo que se está generando es una constante exposición a riesgos y a descuidos de manera intencional que ha llevado a algunos autores a describirlo como una “negligencia suicida” (Bonino 1989; de Keijzer 1992). La pregunta es ¿con qué tipo de políticas públicas trabajamos cuando se concluye que “la masculinidad es un factor de riesgo” (de Keijzer 1995)? Existe experiencia acumulada respecto de como proceder con factores de riesgo cuando se puede trabajar sobre de ellos, al margen de su complejidad. No obstante, si la masculinidad llegara a considerarse como un factor de riesgo para la salud de hombres y para mujeres, ¿qué política pública necesitaríamos para contrarrestarlo?

Algunos estudiosos señalan que existe una masculinización de los cuerpos (Herrera 1999), ya que los hombres aprenden a curtir el cuerpo marcándolo y dejando huellas de situaciones riesgosas que se van viviendo, pues esto los legitima como hombres al mostrar su capacidad de resistirlas. Las marcas en el cuerpo acaban siendo recursos legitimadores de historias heroicas que se pueden contar. La lógica del auto-cuidado para alguien que aprendió al ser socializado de esa manera es una gran contradicción; ¿cómo cuidar lo que se tiene que curtir por medio de la violencia?

En la Universidad de Ann Arbor, en Michigan, hace unos años hicieron una evaluación para entender por qué los hombres se morían más pronto que las mujeres, pero más allá de la cuestión epidemiológica. Lo que hicieron fue un modelo estadístico buscando qué factores estaban asociados a las muertes prematuras de los hombres en múltiples edades. Incluyeron diversas variables en un modelo estadístico con datos de veinte países, tanto del norte como del sur, y en un momento agruparon las bases de datos de hombres y de mujeres. El principal factor que dio cuenta de las diferencias de muertes entre hombres y mujeres, fue el hecho de ser hombre. Los investigadores concluyeron preguntándose si ‘ser hombre es malo para la salud’. Podría ser que no o que eso es cierto solamente para un cierto tipo de ser hombre. Ahora bien, si eso fuera así, ¿qué tipo de política pública podría diseñarse en términos de salud para prevenir la mortalidad de los hombres?, ¿los feminizamos o bien cuestionamos los modelos dominantes de masculinidad?

Las categorías analíticas que se han construido para dar cuenta de esa sobre mortalidad masculina van desde “el mito del héroe”, hasta “morir como hombre” pasando por la “masculinidad como factor de riesgo”. Es tan volátil la identidad masculina que siempre estamos tratando de alcanzarla, aunque para ello se tengan que morir muchos hombres. ¿Cómo construimos colectivamente algunas estrategias para cuestionar ese tipo de muertes tan absurdas? ¿Quizás se requiera inventar formas más dignas de morir, por contradictorio que parezca, para ello se necesitaría haber construido formas más dignas de vivir!

(b) *Un segundo tema alude a las mujeres y los eventos reproductivos.* Sobre dichas mujeres se suele estudiar la fecundidad y la anti-concepción, y algo que se deriva de la literatura sobre comportamientos reproductivos es que pareciera que se reproducen sólo las mujeres, no los hombres. La medicina y la demografía hablan básicamente de la fecundidad de las mujeres. Hay una feminización de la reproducción; las tasas globales específicas de fecundidad, la tasa bruta de reproducción y el promedio de hijos nacidos vivos solamente son medidas para las mujeres. Los embarazos de alto riesgo son construidos

con datos sobre las mujeres: que no se embaracen a ciertas edades, que no tengan embarazos muy cercanos, o bien que no tengan determinadas características fisiológicas. No se contemplan ni en la demografía ni en la medicina las características del coautor de ese embarazo; por ende, todas las políticas y programas de regulación de la fecundidad inciden sobre las mujeres. Se trata de controlar la fecundidad, la sexualidad, los cuerpos y los derechos de las mujeres; pero ¿y los hombres? En algunos casos aparecen como variables secundarias de la fecundidad de las mujeres; eso genera que la anticoncepción esté centrada en las mujeres y que no contemple de manera regular a los hombres (Figueroa 1998).

Esto no es casual, sino que se deriva de referencias culturales de género que están detrás del tipo de investigaciones sobre fecundidad que se han venido haciendo en la demografía y en la medicina. No es extraño que los servicios sobre salud para el embarazo y el parto estén alrededor de las mujeres. No obstante, una de las conclusiones de estudios sobre el entorno del embarazo y el parto es la necesidad, declarada por las mujeres, de no vivir solas el parto, pues acompañadas dicha experiencia sería más relajada, más disfrutable y más manejable (Jasis 2000). Las mujeres no necesariamente dicen que quieren estar acompañadas por un hombre, sino que a veces mencionan a la mamá, la vecina, la hermana o alguna amiga que les dé cierta seguridad. No obstante, en ninguna institución gubernamental de salud de este país se permite el parto acompañado; esto legitima que éste se viva como un asunto exclusivo de las mujeres.

La mayoría de los anticonceptivos desarrollados intervienen sobre los cuerpos de las mujeres; casi ninguno está dirigido a los hombres. Si se interpreta desde la medicina y la demografía que quienes se reproducen son las mujeres para ellas se desarrollan anticonceptivos. Por ende, los servicios de salud reproductiva y los de anticoncepción van dirigidos a dicha población, pero también los abusos a los derechos reproductivos. Las esterilizaciones forzadas en México no fueron hechas con hombres sino con mujeres; los dispositivos intrauterinos colocados sin autorización de las personas, se les pusieron a las mujeres, obviamente. No hay casos en que a un hombre le hagan usar

un anticonceptivo sin que dé su consentimiento. Al parecer existe una sobreprotección a los hombres en la anticoncepción, y en la contraparte, se le dan todas las facilidades a la mujer para que acceda a la anticoncepción.

Lo anterior se comprueba cuando se reflexiona sobre el alto uso de la esterilización femenina y el bajo uso de la vasectomía, que son los métodos más equivalentes, ya que no hay pastillas ni dispositivos para los hombres. De las personas que usan anticonceptivos en este país, alrededor de 48% recurren a la esterilización femenina, y 2%, a la vasectomía; ¿por qué la diferencia? Mucha gente considera “que los hombres no participan” y esa es una posible lectura, pero otra vertiente es analizar como son entrenados los personajes de los servicios de salud para ofrecer los anticonceptivos, por ejemplo, recordando cuáles son las contraindicaciones para la vasectomía y para la esterilización femenina.

La Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica publicó en la década de los ochenta del siglo XX, en coautoría con el Instituto Mexicano del Seguro Social (institución que ha hecho más esterilizaciones que ninguna otra, simplemente por la cantidad de población que atiende), una serie de guías didácticas en las que afirmaba que no había contraindicaciones para la esterilización femenina, excepto cuando la mujer estaba embarazada; en este caso —decía—: “hay que esperar a que acabe el embarazo para esterilizarla”. Es decir, no era una contraindicación neutra. En cambio, las contraindicaciones para la vasectomía incluían que el hombre “estuviera dudoso de la decisión que estaba tomando; si había tomado la decisión sobre la base de información errónea; si era inmaduro física o psicológicamente; o bien si era un psicópata”. Al señalar esas precauciones diferenciales lo que se está haciendo es reproducir las especializaciones de género: la anticoncepción es un asunto de las mujeres y no de los hombres (Figuroa y Aguilar 2006). Eso explica en parte el uso diferencial de vasectomía y de esterilización femenina.

Al constatar estas diferencias se les preguntó a médicos y médicas sobre la razón de lo que a los ojos del grupo de investigación parecían desigualdades. Lo sorprendente fue que incluso algunas médicas di-

ieron que no había ningún sesgo: “Lo que pasa es que las mujeres cuando llegamos a la anticoncepción ya sabemos a qué vamos y en cambio ustedes que nunca han estado metidos en esto, hay que ponerles una serie de pruebas para confirmar si entienden de qué se trata”. ¿Será simplemente que los hombres no participan o que además las instituciones de salud han reproducido las especializaciones de género?

Una pregunta más que es necesario considerar por consecuencia es ¿cómo se está pensando a los hombres en la salud reproductiva cuando se retoma la perspectiva de género? La mayor parte de los estudios y de los programas siguen pensando en los hombres como actores secundarios en la reproducción, por lo que hay que identificar como ayudan o como no estorban a las mujeres que se están reproduciendo (Figuroa 1998), mientras que desde una perspectiva de género, implica pensar a los hombres reproduciéndose. Esto es complicado ya que ni siquiera hay palabras para nombrar las experiencias reproductivas de los hombres. No únicamente la demografía y la medicina los han dejado de lado (sin victimizarlos), sino que el lenguaje cotidiano no describe a los hombres reproduciéndose.

¿Cómo se podría reconstruir una investigación sobre comportamiento reproductivo, que no acarreara nuestras especializaciones de género ancestrales? La propuesta de este texto consiste en cuestionar las especializaciones de género y, desde una perspectiva de género, pensar a las mujeres y a los varones reproduciéndose en términos relacionales, para lo cual hace falta evidenciar la sexualidad, las relaciones de poder y lo que los cuerpos les significan a hombres y a mujeres (Figuroa 1998 y 2005). Se necesita investigar el comportamiento reproductivo con identidades de género que interactúan, pero con cuerpos y poder de por medio. De otra forma, ¿cómo se van a evitar embarazos no deseados si se niega que una parte de los mismos se originan porque no se pueden negociar las relaciones coitales—incluso con la propia pareja—, lo que a su vez tiene su origen en desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, a raíz de especializaciones de género jerárquicas?

(c) ***El tercer tema a considerar alude al cáncer.*** Se podría reflexionar sobre cáncer en mujeres, a través de analizar el cáncer cérvico-uterino y el cáncer mamario, a la par que se analiza el contexto de los hombres alrededor del cáncer de próstata. Lo que habría que preguntarse es qué tipo de acciones se han venido trabajando que puedan mostrar los factores que condicionan a que una mujer o un hombre revisen su propio cuerpo con el fin de identificar un posible cáncer. Lo que muestran las investigaciones sobre los diferentes tipos de cáncer es un desconocimiento del cuerpo, pero además un temor a tocarse por auto-erotizarse, y eso dicho por mujeres y por hombres. Existen mujeres que no se exploran las mamas porque afirman “se me figura estarme masturbando”; bueno, ¿y si lo hace el médico?, “no, pues se aprovecha y a veces abusa de mí”. Entonces ¿qué pensaría si lo hace una médica?, ¿“cómo se imagina a otra mujer tocándola”? (Poblano, López y Figueroa, 2004).

Por el lado de los hombres, ¿qué se imaginan los hombres cuando se les propone hacerse un examen de cáncer de próstata? La típica broma de los hombres es ¿”y qué tal si me gusta”? También en ellos existe un desconocimiento del cuerpo y múltiples mitos sobre su eroticidad cuestionada, pero además, asociados a la forma de aprender a vivir los modelos de masculinidad, dentro de los cuales tiene un papel muy importante el miedo a la homosexualidad y la representación de que quien penetra es quien domina en un intercambio sexual (Gomes, Ferreira, Figueiredo y Carvalho 2008). Hay múltiples silencios alrededor del cuerpo por falta de referencias sexuales y de género alternativas, así como una percepción casi implícita de que si los cuerpos se tocan es con relaciones de poder de por medio y con cargas homofóbicas; lo mejor entonces es que no se toquen. Pareciera necesario reinventar la forma en que las personas se acercan a sus cuerpos y como los significan, lo cual no es independiente de los aprendizajes de género, ni el lugar que ocupan en los mismos las diferentes dimensiones de la sexualidad y las relaciones de poder entre personas de uno y otro sexo.

(d) *Un cuarto tema es el de la salud mental.* Es necesario mostrar las asociaciones que hay entre las especializaciones de género y la salud mental de las personas. En un libro de Burin, Moncarz y Velázquez (1991) se presenta la metáfora de “la tranquilidad recetada”, ya que se muestra que en diferentes contextos sociales si una mujer habla de que está triste o incómoda por algo, se medicaliza el malestar. Por su parte, Lara y Salgado (2002) compilan investigaciones sobre salud mental de las mujeres, en las cuales se muestra que se acaba creyendo que los malestares de las mujeres son productos de su histeria; por ello, hay que calmarlas de múltiples formas y al final de cuentas, medicarlas. Ha sido una lucha profundamente compleja tratar de diversificar la forma de interpretar el malestar de la salud mental de las mujeres.

Otro problema es entender como los hombres resuelven sus malestares. Se ha planteado que existe una demanda insatisfecha de servicios de salud mental para los hombres; sin embargo, parece tratarse más de una necesidad que de una demanda. Por los modelos masculinos de socialización de género existe dicha necesidad, pero todavía no se ha convertido en demanda. Diferentes estudiosos de la masculinidad señalan que existe una crisis de la misma (Connel 1995; Olavarría 2005) y que el problema es que los hombres no se han dado cuenta o se resisten a reconocerla, ya que hacerlo los obligaría a tomar distancia de sí mismos, para lo cual no están entrenados, o bien, no les interesa intentarlo, en especial en una sociedad que los asume como punto de referencia.

Otro hecho relevante es la experiencia de profesionales que atienden infartos, pues llegan a reconocer que un síntoma de infarto es atendido de manera diferente dependiendo si quien lo sufre es hombre o mujer. Si es mujer, se interpreta muchas veces que es una histeria y que no tiene motivos para infartarse, pero si es hombre, se asume que ha de padecer estrés por presiones laborales, y por ende, se interviene inmediatamente. Lo que reconocen autocriticamente personas que trabajan sobre infartos, es que han intervenido tarde en algunos casos de mujeres, porque creían que era pura histeria de la persona. Es decir, asumían que mientras que las mujeres querían

llamar la atención, los hombres sí tenían “motivos válidos” para llegar a infartarse.

Otro caso a considerar es el análisis de datos sobre suicidios. Existe una mayor prevalencia de suicidios de hombres que de mujeres, pero a la par se documentan más intentos de suicidios de mujeres que de hombres (Figuroa 2007). De acuerdo a quienes trabajan el tema, muchas veces la mujer no quería suicidarse, más bien estaba demandando ayuda y solicitando atención. Sin embargo, para que el hombre diga “necesito ayuda” al parecer requeriría inventarse otras formas de ser hombre; por eso muchos hombres en crisis prefieren optar por una ‘solución definitiva’, temeraria y muchas veces violenta en extremo. Cuando se trata de leer los procesos de salud y enfermedad más allá de las diferencias biológicas, se acaba confirmando la necesidad de otros lentes para interpretar la realidad. Valdría la pena seguir analizando qué tanto puede aportar la perspectiva de género en este sentido.

## Algunos temas pendientes

La investigación es una forma de ejercicio ciudadano, ya que posibilita nombrar lo que se vive cotidianamente en diferentes ámbitos (algunos más invisibilizados que otros), así como acompañar a las personas a tomar conciencia de sí mismas. No se puede ignorar como se aprende a cuidarse desde los respectivos aprendizajes de género, y centrarse únicamente en el diseño de programas de salud y en la formación de personal especializado en el cuidado de la salud de sus pacientes. Es necesario balancear los análisis, explicitando los riesgos diferenciales a que se está expuesto desde lo biológico y desde lo social. Otra vertiente a investigar es la de las representaciones sociales que se repiten, aprenden y reconocen a propósito del cuerpo y de las señales del mismo, pero sobre todo la legitimidad o no que se asume para cuidarlo. Paralelamente, vale la pena cuestionar el discurso neoliberal de que toda la responsabilidad del cuidado de la salud es de los individuos; las instituciones, los investigadores, las políticas públicas y los

individuos tienen algo que contribuir en este asunto, y no hacerlo supone omisiones, algunas de las cuales podrían ser hasta dolosas.

No puede ignorarse que investigar desde una perspectiva de género puede ser complejo y problematizador hasta para quien investiga, ya que implica tomar distancia de quien la pone en práctica y es probable que lo que vea no siempre agrade. La perspectiva de género necesita combinarse en su análisis con otras desigualdades sociales, ya que de otra forma se invisibilizan múltiples formas de relaciones de poder, como la establecidas de acuerdo con la clase social y la etnia, entre otras.

Adicionalmente, con rigor académico y posicionamiento político, es necesario analizar la influencia del sexo-género de quien es investigado o investigada, los prejuicios de género de quien investiga y el lenguaje utilizado al nombrar “lo investigado”. Otro elemento central implica hacer referencia a los supuestos desde donde se recolectan y analizan datos con perspectiva de género. Para ello, no basta medir todo en poblaciones para uno y otro sexo, sino cada dato en contexto y reconstruyendo sus significados de género. La perspectiva de género podría ayudar a ver elementos que se asumían que no existían, por ejemplo documentando pérdidas en salud asociadas a las identidades y relaciones de género y generando datos con ópticas más integrales, a la vez que documentando procesos de aprendizaje y de transformación de las especializaciones de género. De esta forma es posible acercarse al género como lectura política además de teórica, a la par que criterio de estratificación y de filtro estadístico. ¡Vale la pena intentarlo!

## Referencias

- Ander Egg, Ezequiel. *Introducción a las técnicas de investigación social*, Buenos Aires, Humanitas. 1976.
- Bonino, Luis. “Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos. Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires” (mimeografiado), 1989.
- Burgos, Elizabeth. *Me llamo Rigoberta Menchu y así me nació la conciencia*. México, Siglo XXI, 1989.

- Burin Mabel, Esther Moncarz y Susana Velázquez. *El malestar de las mujeres*, Argentina, Paidós, 1991.
- Castañeda, Marina. *El Machismo Invisible*, México D.F., Grijalbo, 2002.
- Connell, Robert. *Masculinities*, Australia, Allen & Unwin, 1995.
- Correa, Sonia y Rosalind. Petchesky. "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective", en Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln Chen (editores). *Population Policies Reconsidered*. Harvard University Press, 1994, pp. 107-123.
- Beauvoir, Simone de. *El segundo sexo, los hechos y los mitos*, México, D.F., Alianza Editorial Mexicana Siglo Veinte, 1989.
- Keijzer, Benno de. "Morir como hombres: la enfermedad y la muerte masculina desde una perspectiva de género". México, Seminario sobre Masculinidad, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México, 1992.
- . "Masculinity as a Risk Factor", Seminar on Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline, IUSSP, Zacatecas, México, 1995.
- Figuroa, Juan Guillermo. "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva". *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Supplement 1, 1998): 87-96.
- . "El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes?" en *Coeducando*, UNESCO y Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Chile, 2007, Núm. 1. pp. 77- 97.
- . "¡Eso de jugar a ser hombre... es algo que a veces duele!", en Raquel Tawil-Klein (comp.) *Masculinidad. Una mirada desde el Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica Mexicana y Ediciones UNIVERSUM, México, 2009, pp. 1-25.
- y Blanca Aguilar. "Una reflexión sobre el uso de anticonceptivos en México a la luz de los derechos reproductivos", en José Luis Lezama y José Morelos (coords.) *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo*, México, El Colegio de México. 2006, pp. 185-211.
- Gomes, Romeu, Elaine Ferreira, Lucia Figueiredo y Fabio Carvalho. "As arranhaduras da masculinidade: uma discussao sobre o toque retal como medida de prevencao do câncer prostático", *Ciencia e Saude Coletiva*, 2008, vol. 13, núm. 6; pp. 1975-1984.
- Herrera, Pablo. "La masculinización de los cuerpos", en Juan Guillermo Figuroa Perea (editor) *Salud reproductiva y sociedad* (número especial sobre varones y

- salud reproductiva). México, El Colegio de México, Año III, Núm. 8, 1999, pp. 13-15.
- Jasis, Mónica. “A palabras de usuaria... ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur”, en Claudio Stern y Carlos Echarri (compiladores) *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, El Colegio de México, 2000, pp. 97-143.
- Lagarde, Marcela. “La regulación social del género”, en *Enciclopedia de la sexualidad*, Consejo Nacional de Población, México, 1994, pp. 389-425.
- Lamas, Marta (coordinadora). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México D.F., PUEG-UNAM, 1996.
- Lara, Asunción y Nelly Salgado (coordinadoras). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas*, México, Editorial Pax, 2002.
- Olavarría, José. “La crisis de la masculinidad”, conferencia magistral dentro de la IV Semana de la Diversidad Sexual. ‘La diversidad somos todos’. Escuela Nacional de Antropología e Historia (mimeografiado), 2005.
- Poblano, Ofelia, Lizbeth López y Juan Guillermo Figueroa. “Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama”, *Salud pública de México*, 2004, vol. 46, núm. 4, pp. 294-305.
- Scott, Joan. “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en Marta Lamas (editora) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Universidad Nacional Autónoma de México y Editorial Porrúa, 1996, pp. 265-302.
- Szasz, Ivonne. “Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja” en Mario Bronfman y Roberto Castro (coordinadores) *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. México, EDAMEX e Instituto Nacional de Salud Pública. 1999, pp. 109-121.

## SEGUNDA PARTE

---

# Salud sexual y reproductiva

---



# Medicina, género y reproducción: El carácter político de los discursos y las prácticas profesionales

JOAQUINA ERVITI

RESUMEN: Un elemento central en la reproducción de las desigualdades (de género) son los significados sociales atribuidos al género, la sexualidad y la reproducción. Los científicos y profesionales son productores de significaciones del mundo y al omitir las diferencias de género reproducen involuntariamente la perpetuación de las desventajas y colaboran en la reproducción de las jerarquías. En este trabajo se hace una revisión de los procesos socioculturales e históricos en la construcción social de la mirada médica sobre las mujeres y sus cuerpos reproductivos. Se muestra cómo los discursos sobre género y reproducción en los servicios de salud reproductiva normalizan las desigualdades de género y, a través de diversas regulaciones corporales, sexuales y reproductivas, violentan la autonomía reproductiva de las mujeres y restringen los derechos reproductivos. Se identifica el papel de estos profesionales en la reproducción de normas y dictados de género en las nociones y prácticas sobre la reproducción.

Este trabajo contribuye a mostrar la capacidad de los estudios que incorporan la perspectiva de género para lograr una mayor comprensión de los procesos sociales relacionados con la salud reproductiva, la medicina, y el género. A lo largo del texto se examina el desarrollo del conocimiento médico científico en el campo de la salud reproductiva,

analizando el papel de la medicina en la construcción del orden social en las sociedades occidentales. Se pone énfasis en las visiones deterministas y esencialistas que prevalecen en la medicina y su impacto en la investigación y el uso de la tecnología, así como en las modalidades de práctica médica que se adoptan en este campo. El trabajo se desarrolla en cuatro secciones. En la introducción se hace un esbozo de la construcción histórica de la mirada médica sobre las mujeres, a partir de los razonamientos que se elaboran desde la medicina sobre las desigualdades sociales entre los géneros en razón de las diferencias biológicas. A continuación, se examinan los estereotipos de género en la ciencia médica, tanto en las definiciones y asignaciones de los rótulos de enfermedad como en el uso de metáforas en los textos y discursos médicos, tomando la histeria y la menstruación como estudios de caso. Posteriormente se analiza el desarrollo desigual de las tecnologías anticonceptivas en función del género y las consecuencias en la delegación de la responsabilidad reproductiva y del riesgo de los anticonceptivos a las mujeres. Por último, se exploran las repercusiones del contexto histórico-social y cultural de género en las prácticas médicas y en las regulaciones y vigilancia de los cuerpos de las mujeres en relación con los embarazos.

## Medicina y género

...a lo largo de cuatro años de facultad de medicina, dos años como médica residente y 15 años de práctica y enseñanza médica en dos universidades diferentes, nunca he escuchado en el contexto médico nada acerca de la naturaleza de la muerte, del cuerpo como máquina, y aún menos he escuchado pronunciar la palabra '*ideología*'. A pesar de que las actitudes son frecuentemente discutidas, en general estas charlas tienden a centrarse en como los médicos son buenas personas o en como se puede ser un buen médico sin ser una buena persona. Pese a que los conocimientos, las habilidades y las actitudes conforman la trinidad de la ecuación médica muy pocos las evalúan y nunca he visto estas evaluaciones como parte integral de un curso

en las facultades de medicina. Igualmente presentes he encontrado las nociones de que la medicina es una ciencia, que la ciencia es objetiva y libre de valores y que sus practicantes, en tanto, son expertos, objetivos y tienen los conocimientos necesarios, saben qué es lo mejor y lo correcto. (Philips, 1997)

La narrativa de Susan Philips acerca de su experiencia como médica sugiere el escaso interés entre los profesionales de la medicina sobre el carácter político de los discursos y las prácticas profesionales. El hecho de que no se visibilice como los condicionantes de género están presentes en el saber y la práctica de la biomedicina, facilita la reproducción de estereotipos de género en los que el hombre es visto como la norma y la mujer como “la otra”. Una revisión de los determinantes históricos y sociales de la construcción de la mirada médica, del papel de la biomedicina en la conformación del orden social de género<sup>1</sup> (Ehrenreich & English, 1990; Laqueur, 1994; Zola, 1983), y de la posición de autoridad del ‘saber médico’ como el único conocimiento autorizado en relación con la salud y la enfermedad, ayuda a la comprensión de las actitudes generizadas de los médicos hacia las mujeres usuarias de los servicios de salud.

A través de un proceso histórico-social (iniciado en los siglos XVII-XVIII), la profesión médica, fue asumiendo el ejercicio exclusivo de la atención a la enfermedad bajo la protección, regulación legal y vigilancia del Estado (Donnangelo, 1994). Este proceso implicó la exclusión y en muchos casos persecución de practicantes de otras profesiones que hasta esos momentos habían atendido a las mujeres en sus partos y a los enfermos en sus padecimientos. Las parteras

<sup>1</sup> El género es la construcción sociocultural de la diferencia sexual. Como categoría analítica, permite analizar las desigualdades sociales relacionadas con la asignación biológica-sexual. Scott (1996) señala cuatro elementos básicos en la construcción histórico-social del género: el sistema de símbolos y representaciones; los conceptos normativos (formulados y supervisados por las instituciones sociales, entre ellas la medicina); la dimensión política institucional; y la construcción identitaria. El género es una categoría multidimensional y, ante todo, relacional.

y las curanderas fueron el centro de la persecución y la exclusión (Anzures, 1983; Carrillo, 1999; Kunins & Rosenfield, 1991; Rich, 1996). En forma paralela a la institucionalización del ejercicio de la práctica médica (con diplomas respaldados por el Estado), la biomedicina asumió un papel regulador de la sociedad, como institución de control social, sustituyendo en parte a las instituciones tradicionales como las religiosas y las legales (Foucault, 1971; Zola, 1983).

La biomedicina se ostenta como depositaria de la verdad, con expertos supuestamente objetivos y moralmente neutros que emiten juicios absolutos y frecuentemente definitivos. Desde esta posición, la medicina ha asumido el control de la población y, por medio de los procesos de medicalización,<sup>2</sup> su intervención y vigilancia se extiende a toda la sociedad y a todas las áreas de la vida cotidiana, entre ellas la sexualidad y la reproducción (Zola, 1983). De esta manera, los profesionales de la biomedicina se constituyen en los ejecutores de unos mandatos socioculturales que en nuestra sociedad naturalizan la diferencia sexual, definiéndola por sus funciones reproductoras y sus órganos diferenciados.

En el desarrollo histórico del conocimiento médico, sobre el sexo y los órganos reproductores masculinos y femeninos, se fueron asignando jerarquías y valores diferenciados al hombre y a la mujer que contribuyeron a fundamentar las desigualdades de género en la sociedad occidental. En un estudio sobre el proceso histórico-social de la construcción del sexo en la sociedad y la medicina occidental, Thomas Laqueur (1994) examina las diferentes etapas del proceso de desarrollo del conocimiento médico sobre el sexo y su vinculación con la política, el poder y el

<sup>2</sup> Se entiende por medicalización el proceso de expansión de la medicina, como una de las principales instituciones de control social, particularmente en áreas tradicionalmente vistas en términos religiosos o morales (Auerbach y Figert, 1995:123). Este proceso de medicalización y de control ejercido por la medicina en occidente influye en las ideas y en la manera en que las personas piensan y actúan sobre la salud, la enfermedad y sobre sus propios cuerpos (Lupton, 2003). Es importante reconocer también la existencia de procesos de medicalización y procesos de desmedicalización en torno a un mismo fenómeno, especialmente en los niveles micro y meso (Haltmann, 2012).

establecimiento del orden social. Ya en el siglo II se había reconocido la existencia del cuerpo humano con un sexo único, aunque con una valoración diferente según fueran hombres o mujeres (los cuerpos masculinos eran considerados más perfectos que los femeninos):

Galeno, en el siglo II d.C. desarrolló el modelo más aceptado y duradero de la identidad de los órganos reproductores masculinos y femeninos, y demostró finalmente que las mujeres eran esencialmente hombres en los cuales una falta de calor vital –de perfección– se había traducido en la retención, en el interior, de las estructuras visibles en el hombre. (Laqueur, 1994: 21)

El modelo de los dos sexos diferenciados comenzó a reconocerse en los textos de anatomía hasta mediados del siglo XVIII. A partir de este reconocimiento, la biomedicina, la psicología y la ciencia política fueron asignando espacios y roles de género, basados en características biológicas, emocionales y de valores que estas ciencias situaron en los hombres y las mujeres, contribuyendo a la construcción del “orden natural” del mundo, es decir, a la naturalización<sup>3</sup> de las desigualdades de poder entre los dos sexos opuestos. Los enunciados desde las ciencias médicas y biológicas sobre la diferencia sexual contribuyeron a naturalizar las normatividades de género:

La opinión dominante, aunque de ningún modo unánime, desde el siglo XVIII, había sido que había dos sexos opuestos estables, no sujetos a medida, y que las vidas política, económica y cultural de hombres y mujeres, sus roles de género, están de algún modo basados en estos “hechos”. Queda entendido que la biología –el cuerpo estable, ahistórico, sexuado– es el fundamento epistemológico de las afirmaciones normativas sobre el orden social. (Laqueur, 1994: 25)

<sup>3</sup> Cuando hablamos de naturalización hacemos referencia a una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, que afecta a distintos colectivos (mujeres, negros, homosexuales) y que lleva implícita su marginación social por razones biológicas, anulando toda posibilidad de cambio (Esteban, 2006: 11).

En la sociedad occidental, a los hombres se les asignaron características y valores superiores en la escala social (por ejemplo, la responsabilidad) que las adjudicadas a las mujeres (las emociones y la resignación, entre otras). A ello han contribuido los discursos y las prácticas sociales, incluidas las prácticas profesionales, donde la dominación del punto de vista masculino está presente, aún de forma inconsciente. Las mismas mujeres internalizan la mirada de la dominación masculina lo que significa pensar a los hombres como sujetos y a las mujeres como objetos, y esta visión del mundo se experimenta como un elemento integral del orden natural de las cosas (Uhlmann & Uhlmann, 2005). Y, de esta manera, el género ordena espacios y ámbitos como la reproducción donde la perspectiva femenina *domina* aunque *subordinadamente* frente a la masculina.

Como lo señala Adrienne Rich (1996), las decisiones sobre el cuerpo y la vida reproductiva de las mujeres ocurren en el marco de leyes y códigos profesionales (médicos), de sanciones religiosas y de tradiciones culturales:

¿Cómo han dado a luz las mujeres, quién las ayudó, cómo, por qué? Estas preguntas no se refieren simplemente a la historia de parteras u obstetras: son preguntas políticas. La mujer que aguarda su periodo o en el comienzo del parto, o bien la que yace en la mesa soportando un aborto o empujando un hijo que nace; la mujer que se inserta el diafragma o traga la píldora diaria, hace todas estas cosas bajo la influencia de siglos de letra impresa. Sus elecciones –cuando tiene alguna– se hacen o se proscriben en el contexto de las leyes y los códigos profesionales, las sanciones religiosas y las tradiciones étnicas, de cuya elaboración las mujeres, históricamente, han estado excluidas. (Rich, 1996: 199)

Esto no significa que las mujeres acepten de manera pasiva, sin resistencias, las regulaciones profesionales y jurídicas. Además, no sólo los discursos profesionales, también la posición social que ocupan las personas, es decir, la clase social y el género condicionan la forma en que las personas piensan, sienten y experimentan el cuerpo, la

sexualidad, la salud y la enfermedad. Lo anterior incluye reconocer las capacidades individuales, la agencia social y la autonomía relativa de los sujetos sociales, así como las experiencias e interacciones sociales y discursivas, en la construcción de las subjetividades.

## Ciencia y estereotipos de género

### *Mujeres, género y enfermedad*

Tanto las prácticas como las interacciones de los médicos/as con las/os usuarias/as están mediadas por el sexo y el género, en el marco de los determinantes histórico-sociales y culturales concretos. Existe una relación entre la construcción social del género y los comportamientos y actitudes de hombres y mujeres ante la salud, la sexualidad y la reproducción. Para profundizar en esta relación, se han propuesto tres dimensiones analíticas: la construcción social de las identidades de género, las relaciones de poder en las interacciones entre hombres y mujeres, y las desigualdades sociales entre los géneros. Estos elementos actúan bien como factores de riesgo específicos, como acceso diferencial a la atención y a recursos y como condicionantes en las interacciones y en la atención que se brinda en los servicios de salud (Szasz, 1999). Asimismo el género se vincula estrechamente con patrones muy diferenciados de normatividad sobre el comportamiento y las actitudes ante la salud, la sexualidad y los embarazos (Szasz, 1998).

Se ha planteado que el género es una práctica social y que en lo que hacemos y/o expresamos en los encuentros e interacciones sociales construimos y reproducimos el orden social de género (Bourdieu, 2000; West & Zimmerman, 1987). En este sentido, si se considera al género como *un performance*<sup>4</sup> *social*, éste adquiere una dimensión colectiva en cualquier forma de interacción social, también en las que tienen lugar en las instituciones de salud. Las mujeres aprenden a ser

<sup>4</sup> La *performatividad* hace referencia a la reiteración de normas que preceden y constriñen las acciones del actor (Butler, 1993).

mujeres dentro de estructuras sociales dirigidas hacia el control y construcción de sus cuerpos y, de esta forma, las interacciones con los profesionales de la salud contribuyen a controlar y a disciplinar a las mujeres por medio de sus cuerpos y su sexualidad. Esto no significa que las mujeres reciban pasivamente el disciplinamiento de sus cuerpos sino que ellas también toman un papel activo en esta socialización (Haug, 1992).

Las interacciones que ocurren en los servicios de salud reproductiva están mediadas tanto por las normatividades sociales en el campo de la sexualidad y la reproducción (en las que la profesión médica está facultada para vigilar y controlar) como por la construcción histórico-social de *la mirada médica*. Una revisión histórica de la relación de la medicina con las mujeres (siglos XIX y XX, en Estados Unidos) revela la política sexual de la enfermedad aplicada por la medicina y su contribución a la *histerización* del cuerpo y de la identidad de las mujeres. Bárbara Ehrenreich y Deirdre English (1990) muestran como a partir de la irrupción de los ‘expertos’ (los médicos) en la vida de las mujeres, comenzó un proceso de patologización y naturalización de las mujeres como reproductoras, estableciéndose una diferenciación clara en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en función del sexo. Las mujeres, de las clases medias<sup>5</sup> y altas fueron confinadas a la casa y en muchos casos a la inmovilidad pues “los médicos habían establecido que las mujeres estaban enfermas y que esa enfermedad era innata, derivada de la posesión de útero y ovarios” (p. 154). El doctor Clarke,<sup>6</sup> en su revisión de las teorías sobre la naturaleza femenina “llegó a la

<sup>5</sup> Crawford (2006) muestra la importancia de la clase media estadounidense en la acreditación y prestigio de la medicina occidental. Señala como la emergencia (fines del siglo XIX y principios del XX) de una clase media profesional que trataba de establecer su propia autoridad profesional y otros signos de distinción, contribuyó al establecimiento de un orden simbólico en el que la intervención de la ciencia médica sobre el cuerpo exteriorizaba los signos del progreso.

<sup>6</sup> Edward H. Clarke, autor del libro *Sex in Education, or a Fair Chance for the Girls* (1873) donde revisa las teorías médicas sobre la naturaleza femenina, fue profesor en Harvard donde tuvo gran influencia en la configuración de la mirada médica sobre las mujeres.

conclusión de que la educación superior iba a atrofiar a los úteros femeninos” (Ehrenreich & English, 1990:148).<sup>7</sup>

El tratamiento recomendado por los expertos (médicos) a los malestares femeninos fue el reposo, así como evitar la lectura y el estudio:

La idea del cuerpo femenino como campo de batalla entre el útero y el cerebro condujo a dos posibles enfoques terapéuticos: uno era intervenir en el área reproductora, extrayendo los órganos “enfermos” o fortaleciendo el útero con dosis de nitrato de plata, inyecciones cauterizaciones, sangrados, etc. La otra posibilidad era atacar directamente el cerebro y obligarle a rendirse. Los médicos no podían usar en el cerebro las mismas técnicas quirúrgicas que en los ovarios y el útero, pero descubrieron métodos más sutiles. Entre estos últimos, el más importante fue la cura de reposo, la invención mundialmente famosa del doctor S. Weir Mitchell. La cura de reposo se basaba en las técnicas que en el siglo XX se han aplicado al lavado de cerebro: aislamiento total y privación sensorial. (Ehrenreich & English, 1990:151)

La clave de la cura de reposo residía en la relación médico-paciente: una relación de confianza total de la mujer en el médico y, de parte del médico, en la aplicación de la técnica de curación por *autoridad*. Ante la persistencia de los síntomas, las mujeres comenzaron a ser vistas como *sospechosas de simulación*: “de que muchas mujeres usaban probablemente la condición de enfermas como forma de escapar a sus funciones reproductoras y sus obligaciones domésticas” (Ehrenreich & English, 1990:157). En ese contexto, los profesionales percibieron como un gran avance la identificación y definición del síndrome que desde su visión padecían las mujeres: una enfermedad a la que se denominó histeria y que fue considerada como “la más confusa,

<sup>7</sup> Estas explicaciones científicas se exponían en un contexto social donde el movimiento feminista demandaba el acceso a la educación y a la participación (política) en los espacios públicos.

rebelde y misteriosa de las enfermedades”. Todavía “durante las primeras décadas del siglo XX, los médicos siguieron considerando la menstruación, el embarazo y la menopausia como enfermedades físicas y estorbos intelectuales. Se siguió aconsejando a las adolescentes que estudiaran menos y se sometió a las mujeres maduras a histerec-tomías indiscriminadas” (Ehrenreich & English, 1990:161).

### *Estereotipos de género en la ciencia médica: la reproducción humana*

Diversas autoras (Inhorn, 2003; Martin, 1992; Oakley, 2005) han abordado los estereotipos de género ocultos en el lenguaje científico y biológico. Bajo la premisa de que la cultura condiciona los descubrimientos y descripciones que hacen los científicos, Emily Martin (1991) ha argumentado que en las clases de biología se aprenden prácticas y creencias culturales como si éstas fueran parte del mundo natural. En esta misma línea, la autora sostiene que la imagen del huevo y el es-perma, tal y como son presentados por la ciencia y la biología, se nutren de viejos estereotipos y definiciones de lo que es ser hombre o ser mujer. Hay que destacar que estos estereotipos implican no sólo que los procesos biológicos femeninos son menos valiosos que los masculinos sino que las mujeres valen menos que los hombres.

Al incorporar la perspectiva de género en la investigación científica, se ha mostrado la gran variedad de metáforas ideológicas y representaciones jerárquicas del cuerpo y de las funciones reproductivas que contienen los textos médicos. En relación con la menstruación, las metáforas se configuran en términos productivos<sup>8</sup> y tienden en general

<sup>8</sup> La reproducción y especialmente las mujeres fueron representadas a través del lenguaje metafórico como una fábrica de bebés. Y, en tanto los conocimientos científicos son favorecidos por las condiciones materiales e históricas bajo las que se producen, esta construcción metafórica de la menstruación está moldeada por el contexto cultural del capitalismo en el que se produce. Martin (1992) encontró que aunque las explicaciones de las mujeres sobre menstruación se parecían a la metáfora de la producción fallida, diferían según sus relaciones con la producción capitalista. Así las mujeres de la clase media

a definirla en términos negativos: como un desperdicio innecesario del cuerpo femenino y también como un evento patológico. La mayor parte de los textos médicos describen el ciclo menstrual como un proceso destinado a *producir* un huevo y a preparar el lugar donde éste se implantará y desarrollará en caso de ser fertilizado.<sup>9</sup> La terminología utilizada para describir la menstruación conlleva imágenes de ‘destrucción’, ‘degeneración’, ‘interrupción’, ‘muerte’, ‘perdida’, ‘despojo’, ‘expulsión’;<sup>10</sup> términos todos ellos que no son neutrales sino que expresan fracaso y descomposición<sup>11</sup> (Martin, 1992).

Por el contrario, la fisiología reproductiva masculina es evaluada de otra manera, incluso como ‘asombrosa’ en términos de la producción de millones y millones de espermatozoides. En este caso, los textos médicos utilizan expresiones positivas como: “la *asombrosa* transformación celular”, o bien que “la característica más *increíble* de la espermetatogénesis es la *simple magnitud*” (Vander *et al*, 1980:483, citado en Martin, 1992:48). Bajo esta lógica, los cuerpos y la valoración de los mismos se piensan en términos de la capacidad de producción en la que el cuerpo masculino aventaja con mucho al femenino. En ningún momento, esta producción “innecesaria” de espermatozoides<sup>12</sup> es representada como un desperdicio.

---

establecían espontáneamente el modelo fallo-producción, mientras que las mujeres de la clase trabajadora proporcionaban relatos más fenomenológicos donde describían su visión y experiencia de la menstruación.

<sup>9</sup> Incluso en algunos textos para estudiantes de medicina se mencionaba que: “la menstruación es el útero llorando la falta de un bebé” (Ganong, 1985: 63, cit por Martin, 1992: 45).

<sup>10</sup> Ver Guyton, Arthur C. *Physiology of the Human Body*. 6th Edition. Philadelphia: Saunders College Publishing, 1984: 624 (*cit.* por Martin, 1992)

<sup>11</sup> Por supuesto, no todos los textos contienen tal abundancia de términos negativos en su descripción de la menstruación. No obstante, Martin (1992) llama la atención de como a través de disposiciones culturales no reconocidas como es el género, se pueden filtrar palabras valorativas en los escritos científicos.

<sup>12</sup> Aunque los textos hablan de la masiva producción de espermatozoides como ‘insolentemente’ positiva, de hecho, sólo uno de cada 100 billones de espermatozoides llega a fertilizar al óvulo (Vander *et al*, 1980:483, cit en Martin, 1992).

A pesar de que se han realizado revisiones a los textos científicos, las nuevas versiones, lejos de escapar de los estereotipos y representaciones del huevo y el espermatozoide, replican los esquemas de género de una forma diferente, aunque manteniendo los estereotipos. Las nuevas interpretaciones tienden a favorecer las mismas historias, donde los espermatozoides son representados como activos agresores en busca del huevo pasivo. Otras representaciones científicas si bien dan al óvulo un papel más activo lo revisten con estereotipos femeninos en los que éste es representado como una amenaza, como agresivos y peligrosos, haciendo un símil de “la mujer fatal que victimiza a los hombres” (Martin, 1991).

Las metáforas utilizadas en los textos médicos y científicos responden a objetivos políticos no conscientes de instauración y mantenimiento del orden desigual de género. Estos discursos juegan un importante papel en las actitudes sociales hacia los procesos reproductivos y en la manera en como los profesionales y la población significan estos eventos (Oinas, 1998; Bransen, 1992; Kissling, 1996). En un estudio efectuado con médicos mexicanos, se constató la existencia de discursos que confirman el mantenimiento de estos esquemas de pensamiento sobre los cuerpos y los órganos reproductivos (Erviti, 2013).

La importancia de examinar las metáforas contenidas en los textos de biología y medicina tiene que ver con los diversos efectos sociales que producen, entre ellos el poder normatizador en la sociedad. Ante ello, se ha planteado la necesidad de poner énfasis en la ideología cultural de la menstruación desde la educación escolar para de esta manera deconstruir los mensajes negativos acerca de los cuerpos de las mujeres (Allen *et al*, 2011), y también como una forma de sustraer, a estas metáforas, el poder de naturalizar las convenciones sociales acerca del género.

## Tecnologías anticonceptivas, riesgo y género

El desarrollo de las tecnologías en el campo de la salud tiene que ver con las condiciones históricas y sociales concretas, en el marco de una

cultura y del conocimiento científico que prevalece en este campo. De esta manera, el desarrollo de determinadas tecnologías reproductivas y hacia qué cuerpos van dirigidas, más allá de la base biológica que las sustenta, está relacionado con el sistema de símbolos y representaciones, con los significados, las regulaciones y los arreglos sociales establecidos sobre los cuerpos y la reproducción. La forma en como las prácticas de género se estructuran en relación con la reproducción no surge de los referentes biológicos que ésta involucra sino de las relaciones y significados sociales a los que alude (Connell, 2003). En este sentido, las evidencias sobre la imposición de métodos anticonceptivos y de esterilizaciones no consentidas revelan la existencia de valoraciones jerárquicas acerca de la maternidad y los cuerpos de las mujeres que confirman la intersección de múltiples ejes de opresión en torno a la reproducción (Petchesky, 1995, 1990), y en los que la medicina como institución social participa activamente.

### *Género y anticoncepción*

El desarrollo desigual de tecnologías orientadas a prevenir los embarazos ha sido una cuestión fundamental en la preservación del orden social. El predominio de los anticonceptivos femeninos, desde la década de 1960, ha disciplinado a hombres y mujeres a relegar la responsabilidad del control de los embarazos a las mujeres. La exclusión de la masculinidad hegemónica<sup>13</sup> del uso de los anticonceptivos constituye una de las principales barreras para la innovación en tecnología anticonceptiva masculina. De acuerdo a Annandale y Clark, (1996) las feministas contribuyeron inconscientemente a invisibilizar el cuerpo

<sup>13</sup> Masculinidad alude al significado de ser (y no ser) hombre. Es una categoría social, un organizador (más o menos coherente) de significados y normas que sintetizan los diversos discursos sociales sobre lo masculino. La masculinidad hegemónica está en la jerarquía de las masculinidades posibles y es la representación social dominante de lo masculino. Hace referencia a como los cuerpos masculinos encarnan prácticas de género, a partir de esquemas de pensamiento, que segregan espacios sociales y definen ámbitos de poder para hombres y para mujeres (Connell, 2003).

reproductivo<sup>14</sup> de los varones, al ser éste un tema ausente en los primeros análisis feministas sobre el cuerpo. Fue hasta mediados de la década de 1990 que el cuerpo reproductivo de los varones emergió en los debates académicos, políticos y en los medios.<sup>15</sup> Se ha sugerido que esta invisibilidad de los varones en el ámbito de la reproducción es resultado de un pensamiento binario<sup>16</sup> que ha dominado incluso la investigación feminista sobre género y salud y que se ha centrado más en estudiar a la mujer que al género (Davis, 1997). El trabajo feminista se orientó a mostrar las consecuencias problemáticas de la medicalización del cuerpo de las mujeres, por medio de la deconstrucción crítica de los discursos médicos sobre sus cuerpos. No obstante, muchos de estos trabajos han creado la impresión de que solamente el cuerpo de las mujeres ha sido sometido a construcciones históricas y culturales (Oudshoorn, 2004).

El cuerpo de las mujeres como reproductoras entró a formar parte de las estructuras del campo médico desde el siglo XIX y el desarrollo de la medicina reproductiva a lo largo del siglo XX se centró en los cuerpos femeninos. Tanto el conocimiento como los diagnósticos y la terapéutica relacionada con la reproducción han sido moldeados por los discursos médico y ginecológico, los movimientos de planificación familiar y el movimiento de salud de las mujeres. Ante las críticas y las demandas surgidas desde el feminismo postestructuralista y los gobiernos de China y de la India, en la Conferencia de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, se reconoció que la reproducción es un ámbito relacional y se expresó la necesidad de involucrar a los varones en la prevención de los embarazos, como

<sup>14</sup> El término ‘cuerpo reproductivo’ de los varones busca visualizar a éstos como agentes activos en la reproducción y en los cuidados relacionados.

<sup>15</sup> A su visibilidad contribuyó importantemente la difusión, en los medios de comunicación, de la aparición en el mercado del Viagra, una píldora para el tratamiento de la impotencia masculina.

<sup>16</sup> Desde el feminismo y el postestructuralismo se ha reclamado que para abordar en profundidad las desigualdades de género se requieren análisis que cuestionen las categorías binarias del pensamiento occidental: mente/cuerpo, hombres/ mujeres, masculino/femenino, razón/emoción, cultura/naturaleza (Esteban, 2006).

corresponsables de los mismos. La realidad es que desde mediados del siglo XX los anticonceptivos desarrollados han sido preferentemente para las mujeres, mientras que en lo concerniente a los métodos masculinos que ayudan a prevenir los embarazos sólo se han perfeccionado los existentes: condones y esterilización.

Esta asimetría en las prácticas anticonceptivas se ha materializado también en la organización de las instituciones de salud, de las profesiones médicas, las técnicas de laboratorio y la industria química-farmacéutica. Los argumentos desplegados para sustentar la asimetría de las intervenciones médicas en los cuerpos reproductivos de las mujeres y de los varones reúnen visiones esencialistas<sup>17</sup> (biologicistas) del género, las tecnologías y los cuerpos. No obstante, desde una aproximación constructivista, se puede observar que, más que una realidad basada en la naturaleza, las asimetrías de género en las tecnologías anticonceptivas son una realidad creada en las prácticas sociales. (Oudshoorn, 2004)

Desde los estudios de género, se han analizado las conexiones entre género y tecnologías, *desnaturalizando* la visión del desarrollo de anticonceptivos sólo para las mujeres como un asunto relacionado con la biología del aparato reproductor femenino. En este sentido, se ha argumentado que las tecnologías no reflejan propiedades esencialistas de los cuerpos sino que materializan resultados de negociaciones, procesos de selección, contingencias y opciones en tecnologías, es decir, incorporan valores y prácticas socioculturales. De esta manera, las tecnologías anticonceptivas desempeñan un importante papel en la desestabilización o estabilización de las convenciones sociales relacionadas con el género y la reproducción, bien creando nuevas o reforzando las existentes (Oudshoorn, 2003). Los anticonceptivos funcionan pues como herramientas de delegación y distribución de la responsabilidad y el control sobre los embarazos. De esta manera, la

<sup>17</sup> Las visiones esencialistas tratan de explicar las propiedades de una totalidad compleja, como es la reproducción, basándose en una supuesta verdad interna o una esencia, en la suposición de que en todos los asuntos reproductivos debe haber un esquema único decretado por la naturaleza misma y centrado en las diferencias biológicas.

anticoncepción es, en términos foucaultianos (Foucault, 1979), una tecnología disciplinaria<sup>18</sup> que forma parte de la socialización de las conductas reproductivas.

Otro ejemplo de la capacidad performativa de las tecnologías para crear o reforzar las identidades de género es la emergencia del movimiento por la salud de las mujeres, en las décadas de 1960 y 1970, que demandó anticonceptivos más seguros para ellas (Barroso y Correa, 1991), mientras que en ese contexto no emergió un movimiento por la salud de los hombres. La diferencia en la emergencia de movimientos sociales relacionados con la salud reproductiva de las mujeres y los varones puede ser entendida en términos de lo que Oudshoorn (2003) denomina *tecnosocialidad*,<sup>19</sup> en referencia a que la gente construye identidades colectivas basadas en la experiencia compartida con tecnologías específicas. La idea de la mujer como la responsable de la anticoncepción se ha convertido en la narrativa dominante en la cultura occidental y se ha materializado tanto en las tecnologías anticonceptivas, en los movimientos sociales en salud y en las identidades de género.

En la fase del desarrollo de las tecnologías sus diseñadores anticipan y definen preferencias, motivos y usuarios potenciales. Al respecto,

<sup>18</sup> El 'Estado moderno' que emergió en el siglo XVII se concentró en el control social de la población, vigilando que la conducta de los sujetos fuera 'sana' y 'normal'. Para ello, se apoyó de diversas instituciones sociales como las educativas y la medicina destinadas a vigilar e impedir actos desviados de la norma. El sexo y los cuerpos fueron los ejes de vigilancia y de aplicación de un nuevo poder disciplinario, el *biopoder*, un poder que actúa por medio del establecimiento de normas de comportamiento, que individualiza a los sujetos y los adhiere a una normatividad (Foucault, 1979).

<sup>19</sup> El término *tecnosocialidad*, es retomado del concepto de "biosocialidad" de Paul Rabinow (1992) que hace referencia a las consecuencias de la tecnología sobre la existencia biológica, dando como resultado un ser social con nuevas formas artificializadas de lo biológico. La *tecnosocialidad* presupone que la tecnología implica siempre un proyecto histórico-social que supone una finalidad y una determinada relación con el entorno, es decir, un para qué y un cómo. Esta perspectiva epistemológica redefine la relación entre sociedad y tecnología. Las *tecnosocialidades* se refieren a socialidades alteradas por las tecnologías (Dipaola, 2010).

Oudshoorn (2004) argumenta que la articulación de las identidades de género de los/las usuarios/as con el desarrollo de las tecnologías anticonceptivas es un elemento fundamental, dado que éstas sólo tienen éxito si las personas usuarias potenciales encajan en las identidades articuladas por los innovadores de estas tecnologías. Desde esta perspectiva, la fase de desarrollo de tecnologías anticonceptivas permite entender las confluencias entre género y tecnologías. De forma que el entorno histórico-social específico para el desarrollo de una tecnología anticonceptiva para hombres puede ser entendido como un nicho cultural, un espacio en el que los expertos y los participantes articulan y ajustan identidades no hegemónicas para crear y producir nuevas tecnologías.

En las décadas de 1980 y 1990, la Organización Mundial de la Salud, ante el desinterés de la industria químico-farmacéutica, participó en el desarrollo de anticonceptivos hormonales para hombres. En los ensayos clínicos, los investigadores dispusieron las respuestas de los participantes, construyendo representaciones específicas de las identidades masculinas. De esta manera, los participantes en los experimentos con anticonceptivos generaron y articularon identidades masculinas ajustadas a las proyectadas por los investigadores. En general se reconocían a sí mismos como diferentes del resto de los varones, lo que los obligaba a defender y negociar sus nuevas identidades con los demás varones. Asimismo en la campaña para promover la participación en estos proyectos se diseñó un cartel que aludía a los hombres como “astronautas en el mundo de los espermatozoides” y hacía uso de imágenes relacionadas con la llegada del hombre a la luna, con la frase “primer hombre en usar la píldora”, sugiriendo que los varones que participaran como voluntarios estarían haciendo un acto heroico similar al de los primeros hombres que llegaron a la luna. Las descripciones reportadas por los investigadores y las parejas de los hombres participantes hacían referencia a la *valentía* de estos voluntarios (Oudshoorn, 2003).

Lo expuesto anteriormente sustenta la tesis de que la libertad reproductiva sigue siendo una cuestión política y no tecnológica, ya que implica transformaciones sociales en la organización de la reproducción que involucran aspectos que van más allá del desarrollo de tecnologías

sofisticadas (Petchesky, 1990). Los profesionales de la salud juegan un importante papel en relación con las tecnologías reproductivas (no sólo los anticonceptivos, sino también las tecnologías del aborto y la fertilización in vitro, entre otras), en tanto son ellos los que, bajo determinadas circunstancias, deciden quiénes y bajo qué condiciones pueden acceder a las tecnologías reproductivas disponibles, y esto involucra valoraciones sociales además de restricciones económicas.

### *Género y distribución del riesgo en tecnologías anticonceptivas*

La creación y desarrollo de un método anticonceptivo para los varones es un asunto primordial en pro del logro de la equidad de género pero su éxito depende de la manera en que éstos sean percibidos por los hombres y las mujeres. El hecho de que los varones hayan sido socialmente excluidos de la prevención de embarazos los ha liberado de sufrir los efectos adversos de los mismos y de la atención de los daños en salud derivados, no así a las mujeres que han tenido que asumir los riesgos que conlleva el uso continuado de anticonceptivos (Ringheim, 1996).

Esta distribución diferencial del riesgo en las prácticas anticonceptivas dirigidas a mujeres y hombres ha sido sustentada por los profesionales (los expertos y los hacedores de políticas) con diversos argumentos, referidos a la biología o a las demandas de las personas usuarias o posibles usuarias de los anticonceptivos. No obstante, las críticas se han enfocado en que las nociones legales que hacen referencia a los hombres se han tomado más seriamente que las de las mujeres.<sup>20</sup> Por ejemplo, el bienestar emocional y la sexualidad de los varones ha sido una cuestión central desde las mismas investigaciones y ensayos clínicos con anticonceptivos masculinos (Oudshoorn, 1999). En el caso de los anticonceptivos femeninos, la atención puesta a los efectos secundarios a largo plazo ha surgido solamente como

<sup>20</sup> La incorporación de intereses legales para estimar el riesgo de los métodos anticonceptivos presenta un claro patrón de género, en el que mientras se han enfatizado y negociado los riesgos asociados al uso de los anticonceptivos con los usuarios masculinos esto no ha ocurrido con las usuarias femeninas (Abraham, 1994).

resultado de esfuerzos de los movimientos vinculados con la salud de las mujeres (Barroso y Correa, 1991).

La clasificación del riesgo de una nueva tecnología en salud es resultado de la interacción entre ciencia y política. Son las construcciones retóricas implícitas en el orden social las que ayudan a establecer el riesgo, la confianza y el conocimiento. Este conocimiento ayuda asimismo a moldear el orden social, de forma que el riesgo es un constructo socio-tecnológico y político. Ya desde el planteamiento de las preguntas que los científicos formulan, implícita y explícitamente, se están haciendo elecciones de lo que debe considerarse como primordial o irrelevante en términos de distribución de riesgos en salud. Asimismo, los procesos mediante los que las observaciones sobre efectos secundarios adversos se registran como riesgos para la salud son resultado de procesos sociales en el que científicos y otros actores sociales negocian para lograr los consensos (Van Kammen y Oudshoorn, 2002).

En relación a los anticonceptivos, la estimación de los riesgos no refleja únicamente los efectos específicos de las sustancias químicas en el cuerpo, sino que estas estimaciones expresan una evaluación diferencial, de acuerdo al modelo de riesgo adoptado. Los discursos dominantes en relación con la prevención de los embarazos han variado a lo largo del tiempo y con ello el modelo de riesgo adoptado. En las décadas de 1970 y 1980, el discurso de la planificación familiar estuvo dominado por el discurso del control poblacional donde el riesgo de usar anticonceptivos era comparado con el riesgo de no usarlos, en términos de los embarazos no deseados y la mortalidad materna. Una segunda aproximación al tema plantea como utópica una anticoncepción sin efectos secundarios, sugiriendo la necesidad de ofertar a las usuarias las diferentes opciones anticonceptivas y la información respecto a las mismas.

En relación a los efectos colaterales de los anticonceptivos en las mujeres usuarias de los mismos como dolores de cabeza, cambios de humor, nervios, variación en el peso, dolor pélvico, entre otras reacciones reportadas por las usuarias, los especialistas determinaron que éstos no eran prohibitivos. Esto refleja la estimación de riesgo que predomina en el modelo adoptado, el cual enfatiza la necesidad de

controlar el crecimiento de la población y queda relegado el bienestar general de las usuarias (Van Kammen y Oudshoorn, 2002).

En la política de anticoncepción para hombres no hay una evaluación de riesgos para ambos miembros de la pareja sino que únicamente se evalúan los riesgos que implica una determinada tecnología anticonceptiva en los hombres. Existe una baja aceptación de los riesgos de las tecnologías anticonceptivas en los hombres, tanto en la industria farmacéutica como en la cultura (Oudshoorn, 1999). Los estudios sobre el riesgo en los anticonceptivos masculinos se estructuran a partir de roles y normas de género que construyen determinados estándares de seguridad, en los que la potencia y la libido son cuestiones centrales a la hora de evaluar la anticoncepción masculina. En el caso de la anticoncepción femenina, pese a que desde el inicio de la introducción de la píldora anticonceptiva varias mujeres reportaron una pérdida del deseo sexual, fue hasta 1990 que se iniciaron los estudios para investigar el impacto de la tecnología anticonceptiva en la conducta sexual de las mujeres (Van Kammen y Oudshoorn, 2002).

A partir de estos antecedentes en el desarrollo de la ciencia y la tecnología en el ámbito de la reproducción, interesa explorar las consecuencias de estos vínculos entre ciencia, tecnología, sociedad y política –en relación con la reproducción y el orden social genereizado– sobre las prácticas de atención en salud, las regulaciones médicas en torno al embarazo y la maternidad, así como sobre los cuerpos y decisiones de las mujeres.

## Regulaciones y prácticas médicas en torno a la reproducción

### *Estereotipos de género en la práctica médica*

Se ha planteado que incluso los actuales cambios pedagógicos<sup>21</sup> de la medicina están imbricados por ideologías tradicionales en las que los

<sup>21</sup> Philips (1997) argumenta sobre los nuevos currículums médicos que incorporan metodologías de formación y capacitación de los profesionales de la salud, apoyados por el abordaje de “la medicina basada en la evidencia”.

estereotipos de género permanecen intactos, y que éstos son reforzados continuamente por los textos médicos y los estándares internacionales establecidos en la práctica. Estos estereotipos tienden a generar en los médicos la imagen de que el cuerpo masculino tiene la posibilidad de realizar cualquier actividad humana mientras que el femenino es visto como un cuerpo con funciones y capacidades limitadas, orientadas a ser una compañera sexual y una madre-máquina (hacedora de hijos) (Philips, 1997). Esto conlleva que en las consultas médicas, si el enfermo es un hombre, los y las profesionales tienden a tomar el sexo del mismo como un elemento sin importancia y cuando la que demanda atención médica es una mujer el sexo parece ser un factor determinante, de forma que esto les lleva a pensar que sus enfermedades (al menos en el estereotipo) responden a su biología femenina y al hecho de ser mujeres.

También se ha sugerido que entre los y las profesionales de la medicina, prevalece el estereotipo de la mujer hipocondriaca que por cualquier motivo acude al médico, y que esta imagen es continuamente reforzada y sustentada entre los mismos profesionales. Se ha mencionado también que en la profesión médica predominan los estereotipos donde la mujer tiende a verse como una histérica y a quejarse más que los varones (Philips, 1997). En estos estereotipos, persisten las identidades femeninas construidas por la profesión médica desde el siglo XIX (Ehrenreich & English, 1992).

Desde la visión de las mujeres esencialmente como reproductoras, la profesión médica centra su atención en la capacidad reproductiva de los cuerpos femeninos y en el cumplimiento de regímenes médicos establecidos para la preparación de los cuerpos ante un embarazo actual o futuro (Ettorre, 2010). Existe una prescripción social, moldeada y vigilada por la profesión médica, para planear los embarazos y para que éstos tengan lugar bajo determinadas circunstancias, en términos de edad y estado civil. Así, las experiencias de las mujeres con los embarazos, los abortos y la maternidad son moldeadas por los discursos y las prácticas de los y las profesionales de la medicina y por las políticas en materia de reproducción, en contextos específicos. En este sentido, el estigma social asociado con diferentes tipos de maternidad juega

un papel importante en las interacciones entre profesionales y usuarias, donde las mujeres que reúnen determinadas características son discriminadas (Ellison, 2003; Erviti et al. 2006).

Las desigualdades en poder, autoridad, prestigio y acceso a recursos moldean los encuentros entre médicos y usuarias, así como las prácticas profesionales en torno a los eventos reproductivos. Las jerarquías médicas establecidas, especialmente en contextos hospitalarios, tienden a reproducir y privilegiar una práctica médica marcada por el dominio de los expertos<sup>22</sup> y de sus intervenciones tecnológicas, discriminando el conocimiento de las mujeres sobre sus propios cuerpos, incluso en los embarazos. No obstante, en las interacciones con los profesionales también las mujeres resisten, negocian y reproducen la hegemonía de la práctica médica, en este campo (Haug y Lavin, 1983; Lowe, 2005).

La autonomía de las mujeres en términos sexuales y reproductivos todavía está proscrita socialmente. Las experiencias y prácticas en este sentido son configuradas por los diversos saberes acreditados (el de la medicina, entre otros), los cuales se vinculan en mayor o menor medida con el estigma social asociado al cuerpo y a las conductas de las mujeres jóvenes y solteras, todo ello en función de determinados estereotipos de género que se intersectan con otras desigualdades sociales como clase social, etnia, generación, entre otras.

### *Políticas regulatorias hacia las mujeres y los embarazos*

La reglamentación acerca de la anticoncepción pone en el centro los derechos de las mujeres a tomar decisiones libres sobre sus cuerpos. El debate político y moral en torno a la anticoncepción y la familia refleja un conflicto de intereses entre las mujeres y los profesionales de la salud (Barret & Harper, 2000). El discurso médico en torno a

<sup>22</sup> Los médicos se reconocen como los únicos autorizados para hablar de salud: como los que tienen el conocimiento acreditado, el saber médico.

la anticoncepción, pese a que se autoproclama como moralmente neutro, refleja los miedos asociados con la idea de la sexualidad femenina como peligrosa (Lupton, 2000). Detrás de las regulaciones establecidas por los grupos dominantes se esconden ansiedades en las que la anticoncepción se ha equiparado con la promiscuidad sexual. Así, en tanto la sexualidad femenina aparece como peligrosa, ésta se ha convertido en objeto de vigilancia la cual, de alguna manera, se ejerce por medio de la regulación y el control médico existente en torno a la anticoncepción.<sup>23</sup>

Discursivamente esta vigilancia y la necesidad de prescripción médica se ha justificado por los riesgos colaterales del uso de anticonceptivos, con mayor énfasis para la anticoncepción de emergencia (Barret & Harper, 2000). Un aspecto central en los estudios sobre el tema lo constituye la construcción social de las mujeres que usan anticonceptivos, especialmente anticoncepción de emergencia, como sexualmente irresponsables, caóticas y desviadas. Así, en el imaginario de muchos profesionales las usuarias de estos anticonceptivos son caracterizadas como mujeres jóvenes, solteras y mentirosas. Esto coincide con lo encontrado por Hawkes (1995) respecto a que se considera que algunas mujeres, especialmente las jóvenes son inherentemente menos capaces de controlar su sexualidad. Esta construcción social y profesional concuerda con la visión dicotómica de las mujeres como vírgenes/prostitutas y hace referencia al temor hacia la incontrolable y peligrosa naturaleza de la sexualidad femenina, noción dominante en la ideología judeocristiana que impera en la sociedad occidental, específicamente en la cultura mediterránea y latinoamericana (Szasz, 1998).

En este contexto, la desaparición de las restricciones relacionadas con los anticonceptivos, especialmente en referencia a la anticoncepción de emergencia, se han mencionado como un apoyo a la irresponsabilidad. Esta visión está impregnada de nociones que hacen referencia a una incapacidad de las usuarias para organizar su actividad sexual y

<sup>23</sup> La mayoría de métodos anticonceptivos requieren la prescripción médica, hay pocos anticonceptivos que puedan ser utilizados sin tener que consultar un médico al respecto.

su conducta. En este mismo sentido, Hawkes (1995) en un estudio sobre planificación familiar encontró que las palabras ‘responsable’ e ‘irresponsable’ eran continuamente mencionadas durante las conversaciones sostenidas con el personal médico. En la misma línea, Foster (1995) señala que en algunos textos de ginecología existe una clasificación de la población usuaria de métodos anticonceptivos, estableciendo por un lado a las mujeres conscientes e inteligentes y por el otro a las irresponsables.

### *Control, vigilancia e intervención sobre los cuerpos de las mujeres*

La continua ‘cosificación’<sup>24</sup> de las mujeres en las políticas de salud reproductiva redundaría en una continua intervención médica sobre sus cuerpos. Así, los programas de monitoreo en los servicios de salud reproductiva se constituyen en instrumentos de la vigilancia y de control médico sobre los cuerpos de las mujeres (especialmente de las clasificadas como irresponsables), no así sobre los cuerpos masculinos.<sup>25</sup> La lógica de los médicos para intervenir sobre los cuerpos de las mujeres se fundamenta en una construcción marginal de los cuerpos femeninos<sup>26</sup> y en el deber ser profesional de los médicos. Desde la lógica profesional, los médicos emergen como los actores obligados a intervenir sobre los cuerpos de las usuarias definidas como irresponsables y en riesgo, en tanto ellos se asumen como los responsables de evaluar la situación de riesgo reproductivo y de definir las acciones a seguir en pro de preservar la vida y la salud de las usuarias. De esta manera, las intervenciones de los médicos en los cuerpos y decisiones

<sup>24</sup> Con el término ‘cosificación’ se hace referencia a la concepción de las mujeres como objetos para las políticas sobre la reproducción y el no reconocimiento de éstas como sujetos con capacidad para tomar decisiones éticas sobre sus cuerpos

<sup>25</sup> Un ejemplo de la contradicción en las intervenciones médicas para el control y prevención de enfermedades es el de la vacuna del VPH que dirige sus intervenciones sobre las mujeres y no sobre los varones que son los transmisores del virus (Valls-Llobet, 2009).

<sup>26</sup> Algunos estudios han mostrado que el discurso médico-científico define los cuerpos femeninos como deficientes (Courtenay, 2000)

de las mujeres, sin el consentimiento de éstas, se tornan no sólo justificables sino deseables (Erviti *et al*, 2010).

Al argumento de la necesidad de disminuir los riesgos reproductivos, se agrega la exigencia de reducir la tasa de natalidad para lo que los médicos se presentan como figuras centrales e indispensables. Ante la construcción profesional de determinadas mujeres como desobedientes y reacias a usar anticonceptivos, los médicos se presentan a sí mismos como los agentes a intervenir e ‘imponer’ su decisión, de acuerdo a su valoración profesional, sobre las mujeres incluidas en esta clasificación. Aunque no todas las mujeres son definidas como incapaces de decidir o irresponsables, en general, es durante la interacción con las usuarias que los médicos elaboran y asignan determinadas identidades sociales a las mujeres, desde la lógica profesional de los riesgos reproductivos (Erviti *et al*, 2006).

Las intervenciones de los médicos, son presentadas e interpretadas como necesarias, justificables y basadas en criterios exclusivamente médicos y por tanto científicos y neutrales, acordes a una construcción y conceptualización de la práctica médica como políticamente neutra (Zola, 1983). Esta aparente neutralidad puede ser conceptualizada como una estrategia política que invisibiliza el contexto social y cultural, así como el orden de género en el que estas respuestas profesionales son elaboradas y enmarcadas. De esta manera, se naturaliza y legitima la intervención y la dominación que ejerce la medicina moderna sobre los cuerpos de las mujeres (Ehrenreich e English, 1990) (especialmente en aspectos reproductivos) promoviendo la generación de prácticas que son definidas y vividas por los agentes como profesionales, desinteresadas y neutras, pese a que dichas prácticas reproducen un orden social, corporal y de género determinado.

## A modo de conclusión

Los discursos y las prácticas médicas representan un campo de posiciones heterogéneas, donde coexisten resistencias, divergencias y consensos sobre el papel de control social que ejerce la medicina. Las

prácticas y discursos profesionales e institucionales están insertas en un contexto social y político dentro de las cuáles adquieren sentido. Al respecto, las interpretaciones científicas y médicas son apoyadas o refutadas por interpretaciones sociales y culturales. La aplicación de modelos interpretativos que jerarquizan distintas realidades, frecuentemente han llevado a legitimar o naturalizar las desigualdades sociales, sobredimensionando los roles reproductivos de las mujeres y considerándolas sólo como reproductoras biológicas. En este trabajo mostramos las críticas y los argumentos planteados desde los estudios feministas para desnaturalizar la reproducción y la sexualidad, resaltando el control social que se ejerce sobre los cuerpos, especialmente sobre los cuerpos de las mujeres (Esteban, 2006).

Este trabajo plantea la necesidad de revisar la definición y jerarquización de los síntomas y malestares femeninos en torno a la reproducción que se hacen desde la biomedicina, que priorizan los esquemas reproductivistas de la fisiología femenina, como determinantes de las ideologías médicas sobre el ser mujer. El análisis contribuiría a generar nuevas definiciones de las mujeres, que contrastarían con las actuales que las señalan como “las otras”, “las patológicas” (Esteban, 2006).

El desarrollo del trabajo se centra en la identificación del carácter político de los discursos y las prácticas de los profesionales en el ámbito de la salud reproductiva, más allá del contenido técnico-científico de las mismas. Desde un discurso ‘autorizado’ por su supuesta científicidad se patologiza a las mujeres (Herrera, 2010), sus embarazos y sus cuerpos reproductivos. En el texto, se revisan los determinantes sociales y estructurales de la percepción de los médicos sobre las mujeres desde este ámbito. Se muestra como desde la biomedicina, como institución y profesión, se contribuye a acentuar las desigualdades socio-culturales, se reproducen los estereotipos de género formulados a lo largo de la historia: que van desde la mujer que miente y engaña, hasta la mujer cuyo máximo y permanente deseo es la maternidad.

Quedan pendientes estudios que se enfoquen en la especificidad de contextos concretos, como el mexicano, para analizar desde la perspectiva de género el ámbito de la reproducción y las prácticas de

los profesionales en la atención de abortos, embarazos no deseados, y servicios de salud reproductiva en general, donde se expresan posiciones extremas, frecuentemente antagónicas entre lo ‘personal’ y lo ‘profesional’. Algunas de estas posiciones representan una actitud crítica a la cultura de género y a la ideología dominante en sus contextos sociales y profesionales, sin embargo otras refuerzan las desigualdades sociales y de género.

Este trabajo expone marcos teóricos multidisciplinares, desde los estudios de género y la sociología de la salud, para el análisis de fenómenos sociales que se han considerado como propios de la medicina, así como para comprender, a través de los fenómenos de salud, la relación entre medicina y sociedad. La idea es promover estudios específicos para impulsar la generación de nuevos conocimientos sobre la salud, como proceso social, en contextos sociales, culturales y médicos específicos como el de México.

## Referencias

- Abraham, John. “Bias in science and medical knowledge”, *Sociology* 28 (1994), p. 717-736.
- Allen, Katherine R, Christine E Kaestle y Abbie E Goldberg. “More than just a punctuation mark: How boys and young men learn about menstruation”, *Journal of Family Issues* 32(2) (2011), p. 129-156.
- Annandale, Ellen, y Judith Clark. “What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction”, *Sociology of Health and Illness* 18(1) (1996), p. 17-44.
- Anzures, María del Carmen. “Los conflictos intermedicinales”. En *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*, México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 1983, p. 155-167.
- Auerbach, Judith, y Anne Figert. “Women’s Health Research: Public Policy and Sociology”, *Journal of Health and Social Behavior* 35 (Extra Issue) (1995), p. 115-131.
- Barret, Geraldine, y Rosalynd Harper. “Health professionals’ attitudes to the deregulation of emergency contraception (or de problem of female sexuality)”, *Sociology of Health and Illness* 22(2) (2000), p. 197-216.

- Barroso, Carmen, y Sonia Correa. “Servidores públicos versus profesionales liberales: la política de la investigación sobre anticoncepción”, *Estudios Sociológicos* IX(25) (1991), p. 75-104.
- Bransen, Els. “Has menstruation been medicalised? Or will it never happen...”, *Sociology of Health and Illness* 14(1) (1992), p. 98-110.
- Bourdieu, Pierre. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, 2000.
- Butler, Judith. *Bodies that Matter*. London: Routledge, 1993.
- Carrillo, Ana M. “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, 19 (1999), p. 167-190.
- Connell, Robert W. *Masculinidades*. México: Paidós/PUEG-UNAM, 2003.
- Courtenay, Will H. “Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health”, *Social Science and Medicine* 50 (2000), p. 1385-1401.
- Crawford, Robert. “Health as a meaningful social practice”, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 10(4) (2006), p. 401-420.
- Davis, Kathy (ed.). *Embodied practices. Feminist perspectives on the body*. Thousands Oaks, CA: Sage, 1997.
- Dipaola, Esteban M. “Socialidades contemporáneas: dinámica y flexibilidad en relaciones comunitarias e identitarias”, *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 10 (2010).
- Donnangelo, María Cecilia. *Salud y sociedad*. Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara, 1994.
- Ellison, Marcia. “Authoritative knowledge and single’s women’s unintentional pregnancies, abortion, adoption, and single motherhood: social stigma and structural violence”, *Medical Anthropology Quarterly* 17(13) (2003), p. 322-347.
- Ehrenreich, Barbara, y Deirdre English. *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus, 1990.
- Erviti, Joaquina. “Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en servicios de salud reproductiva”. En *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, Carolina Agoff, Irene Casique y Roberto Castro (coord.). Cuernavaca, México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México/ Miguel Ángel Porrúa, 2013, p. 119-143.

- Erviti, Joaquina, Roberto Castro e Itzel A. Sosa. “Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México”, *Estudios Sociológicos* XXIV(72) (2006), p. 637-665.
- Erviti, Joaquina, Itzel A Sosa Sánchez y Roberto Castro. Social origin of contraceptive counseling by male practitioners in Mexico, *Qualitative Health Research* 10(6) (2010), p. 778-787.
- Esteban, Mari Luz. “El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”, *Salud Colectiva* (Buenos Aires) 2(1) (2006), p. 9-20.
- Ettorre, Elizabeth. “Bodies, drugs and reproductive regimes”. En *Culture, bodies and the sociology of health*, Elizabeth Ettorre (ed.), Surrey, England: Ashgate Publishing, 2010, p. 155-172.
- Foster, Peggy. *Women and the health care industry: An unhealthy relationship*. Buckingham: Open University Press, 1995.
- Foucault, Michel. *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI, 1979.
- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI, 1971.
- Haltmann, Drew. “Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities”, *Health* (London) 16(2) (2012), p. 186-207.
- Haug, Frigga. “Morals also have two genders”. En *Beyond female masochism. Memory-work and politics*, Frigga Haug (ed.), London: Verso, 1992, p. 31-52.
- Haug, M, y Lavin, B. *Consumerism in medicine: Challenging physician authority*. London: Sage Publications, 1983.
- Hawkes, Gail. “Responsibility and irresponsibility: young women and family planning”, *Sociology* 29(2) (1995), p. 257-273.
- Herrera, Cristina. “De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México”. En *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Alejandra López y Roberto Castro (eds.). Montevideo: Universidad de la República / Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, p. 73-99.
- Inhorn, Marcia C. *Local babies, global science: gender, religion, and in vitro fertilization in Egypt*. New York: Routledge, 2003.
- Kissling, Elizabeth A. “Bleeding out loud: Communication about menstruation”, *Feminism and Psychology*, 6 (1996), p. 481-504.

- Kunins, Hillary, y Allan Rosenfield. "Abortion: a legal and public health perspective", *Annual Review of Public Health* 12 (1991), p. 361-382.
- Laqueur, Thomas. *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Ediciones Cátedra, 1994.
- Lowe, Pam. "Embodied expertise: women's perceptions of the contraception consultation", *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 9(3) (2005), p. 361-378.
- Lupton, Deborah. "The social construction of medicine and the body". En *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Gary Albrecht, Ray Fitzpatrick y Susan Scrimshaw (edit), London: Sage, 2000, p. 51-63.
- Lupton, Deborah. *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western Societies*. Second Edition, London: Sage, 2003.
- Martin, Emily. "The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles", *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16(3) (1991), p. 485-501.
- Martin, Emily. "Medical metaphors of women's bodies: Menstruation and menopause". En: *The women in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston, Massachusetts: Beacon Press, 1992, p. 27-53.
- Oakley, Ann. *The Ann Oakley Reader: Gender, women and social science*. Bristol: Policy Press, 2005.
- Oinas, Elina. "Medicalisation by whom? Accounts of menstruation conveyed by young women and medical experts in medical advisory columns", *Sociology of Health and Illness* 20(1) (1998), p. 52-70.
- Oudshoorn, Nelly. "On masculinities, technologies, and pain: The testing of male contraceptives in the clinic and the media", *Science, Technology and Human Values* 24(2) (1999), p. 265-289.
- Oudshoorn, Nelly. *The male pill: A biography of a technology in the making*. Durham, NC: Duke University Press, 2003.
- Oudshoorn, Nelly. "Astronauts in the sperm world. The renegotiation of masculine identities in discourse of male contraceptives", *Men and Masculinities* 6(4) (2004), p. 349-367.
- Petchesky, Rosalind. *Abortion and woman's choice: The state, sexuality and reproductive freedom*. 2ª edición, Boston: Northeastern Press, 1990.
- Petchesky, Rosalind. "From Population Control to Reproductive Rights: Feminist Fault Lines", *Reproductive Health Matters*, 6 (1995), p. 152-61.

- Philips, Susan P. "Problem-based learning in medicine: New curriculum, old stereotypes", *Social Science and Medicine* 45(3) (1997), p. 497-499.
- Rabinow, Paul. "From sociobiology to biosociality: Artificiality and enlightenment". En *Incorporations*, J. Crary y S. Kwinter (eds), New York: Urzone, 1992, p. 234-252.
- Rich, Adrienne. *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Ediciones Catedra, 1996.
- Ringheim, Karin. "Whither methods for men? Emerging gender issues in contraception", *Reproductive Health Matters* 7 (1996), p. 79-89.
- Sayavedra, Gloria. "Fulfilling providers' preferences: Four Mexican States". En *Reproductive rights in practice: A feminist report on the quality of care*, Anita Hardon y Elizabeth Hayes (eds.), London: Zed Books, 1997, p. 95-111.
- Scott, Joan W. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Marta Lamas (comp.), México D.F.: PUEG-UNAM / Miguel Ángel Porrúa, 1996, p. 265-302.
- Szasz, Ivonne. "Sexualidad y género: Algunas experiencias de investigación en México", *Debate Feminista* 18 (1998), p. 77-103.
- Szasz, Ivonne. "Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja", en *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, Mario Bronfman y Roberto Castro (coord.), México: Edamex/INSP, México, 1999, p. 109-121.
- Uhlmann, Allon J. y Jennifer R. Uhlmann. "Embodiment below discourse: the internalized domination of the masculine perspective", *Women's Studies International Forum* 28 (2005), p. 93-103.
- Valls-Llobet, Carme. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2009.
- Van Kammen, Jessica, y Nelly Oudshoorn. "Gender and Risk Assessment in Contraceptive Technologies", *Sociology of Health and Illness* 24(4) (2002), p. 436-461.
- Zola, Irving. "Medicine as an institution of social control". En *Socio Medical Inquires. Recollections, Reflections and Reconsiderations*. Philadelphia: Temple University Press, 1983, p. 247-268.
- West, Candance, y Don Zimmerman. "Doing Gender", *Gender & Society* 1(2) (June 1987), p. 125-151.



# Algunas dimensiones culturales de parejas con diagnóstico de infertilidad, tratamientos y el sistema de género y cuerpo

MAYRA LILIA CHÁVEZ-COURTOIS

RESUMEN: El tema de la infertilidad abordado desde el campo de la antropología permite entre otras cosas reflexionar respecto de dimensiones culturales de aquellas personas que padecen el diagnóstico. En este trabajo dichas dimensiones se abordan desde el conocimiento del campo del sistema género y del cuerpo simbólico, en los cuales se rescatan las dimensiones culturales que llevan como eje el diálogo constante entre infertilidad *versus* reproducción social (procreación). Desde esta postura podemos ver como las parejas con infertilidad perciben su condición de salud-enfermedad-atención, desde la cual toman la decisión de buscar soluciones ante la imposibilidad de procrear, misma que adquiere un matiz importante por las diferencias de género.

En el presente trabajo se expone parte de los resultados de una investigación que se realizó en un instituto de salud de tercer nivel. Es pertinente mencionar que la pesquisa realizada fue observacional y descriptiva, tuvo como base la metodología cualitativa fenomenológica con el fin de rescatar el conjunto de percepciones de un grupo de personas con infertilidad a través de sus propias narrativas. El trabajo de campo se desarrolló en el Instituto Nacional de Perinatología, México que ofrece atención de tercer nivel, y tiene como misión la

atención de embarazos de alto riesgo, así como problemas reproductivos como es el caso de la infertilidad.

Para considerar a las y los informantes, se tomaron en cuenta cuatro tipos de condición de infertilidad: a) mujeres, quienes eran las que presentaban diagnóstico de infertilidad; b) hombres, quienes eran los que presentaban el diagnóstico; c) ambos miembros de la pareja presentaban este diagnóstico; y d) parejas que se encontraban en Tratamiento de Reproducción Asistida (TRA). Por cada caso independientemente de quién presentaba infertilidad, se entrevistó a la pareja. Para ello, se capturaron a las y los informantes en tres departamentos de atención según su condición, el primer grupo se obtuvo en el Departamento de Infertilidad y Esterilidad; el segundo y tercer grupo en el Departamento de Andrología; y el último, en el Departamento de Reproducción Asistida.

Por cada grupo se realizaron cuatro entrevistas en profundidad, es decir, cuatro parejas por servicio dando un total de 32. A cada persona se le entregó carta de consentimiento informado. El análisis de las narrativas se realizó con el apoyo del paquete para análisis cualitativo, Atlas ti v.5, previamente conformadas las categorías de análisis.

Para esta exposición solamente se presentan resultados de las dimensiones culturales de parejas con diagnóstico de infertilidad, comprendidas desde los sistemas género y cuerpo desde el momento en que se enteran del diagnóstico hasta ser sometidas a tratamientos alópatas.

## Diálogo entre infertilidad vs procreación en el marco de la demanda social

La infertilidad ha sido estudiada en su mayoría desde el campo de la biomedicina, y específicamente en el área de la biología de la reproducción, misma que en las últimas décadas ha tenido grandes avances científicos para la regulación de la procreación. Ofreciendo una variedad de estudios y tratamientos para las parejas con infertilidad, que van desde tratamientos hormonales hasta técnicas de reproducción asistida,

dentro de estos los más comunes son la inseminación artificial o la fertilización in vitro. Dicho abanico de posibilidades ha dado pauta a que parejas con infertilidad se acerquen a buscar soluciones ante la demanda sociocultural de la reproducción humana. En ese sentido los estudios y tratamientos para regular la fertilidad simbolizan una esperanza a su situación reproductiva, y por ende a su cumplimiento social y biológico de ser padres.

El cumplimiento social de la procreación conlleva una carga trascendente en la vida de las persona, pues recordemos que para cualquier sociedad la reproducción humana es el motor para su continuidad –sea cual sea su manera de expresarse– es por eso que la exigencia ante tal proceso está cotidianamente presente en las personas según su cultura. En el caso de las personas con diagnóstico de infertilidad, el cumplimiento de dicha demanda en ocasiones los obliga a convertir la búsqueda del embarazo en la parte medular de su vida, sobre todo para la mujer. Esto último se expresa de manera categórica cuando las reflexiones son dadas desde el campo de la antropología del cuerpo y los estudios de género. En los siguientes párrafos se explica lo anterior.

El género es comprendido como el “conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano, en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres” (Lamas, 2000:97). Ahora bien, el sistema de género entendido desde la lectura cultural occidental de la procreación coloca a ambos géneros en la exigencia de reproducirse, y ciertamente los define como seres “completos”. En la sociedad occidental el papel principal de la mujer comúnmente se representa con la procreación, siendo dicho rol vital en su definición como persona funcional para la sociedad. Para el caso del hombre su rol primario es el de proveedor de la familia, es decir, la descendencia que logre tener a través de la reproducción será su responsabilidad sobre todo económica.

Desde el otro sistema, el cuerpo, éste es colocado como uno de los principales actores en el cual se expresa el proceso reproductivo, ya

que en él recae la “responsabilidad” biológica. Dicho encargo, se pronuncia con el embarazo, parto, lactancia y presencia de espermatozoides.

Es por eso que dicha complejidad de la falta de reproducción comprendida desde el marco del sistema de género y cuerpo nos lleva a conocer y comprender a partir de lo empírico, las percepciones de parejas con infertilidad desde la dimensión de la antropología médica y simbólica. Esta perspectiva nos permite colocar a las personas como actores de su propia situación, es decir, sus vivencias expresadas por ellas mismas dan un panorama de lo que implica socioculturalmente y desde la perspectiva de género tener diagnóstico de infertilidad, representación que va más allá del discurso médico.

Por tal, en este trabajo se exponen algunas percepciones de parejas con infertilidad en edad reproductiva, enfocadas al sistema de género y cuerpo para conocer dimensiones culturales. Lo que nos lleva a comprender el proceso reproductivo desde otra mirada, es decir, la esencia de la comprensión social y cultural de *la infertilidad versus reproducción*.

## Infertilidad, cuerpo y género

Como preámbulo es necesario mencionar que la construcción genérica, y por ende las diferencias entre géneros tiene su contenido en la lectura simbólica que se le da al cuerpo de la mujer y del hombre según la cultura (Héritier 1996, Lamas 1996, Scott 1990). Desde esa perspectiva la reflexión de la reproducción humana *versus* infertilidad tiene su esencia en el mismo sentido, es decir, su lectura está permeada por la cultura en la cual se encuentran los protagonistas.

El tema de la procreación en la sociedad occidental desde el enfoque de género está más encauzado a las mujeres, el cual se simboliza con el embarazo, parto, y culmina con el rol de la maternidad. Mientras que en los hombres, la reproducción humana se relaciona con la descendencia simbolizada sobre todo en la continuidad del apellido. Por tal, en ambos géneros ciertamente la reproducción social ha sido y sigue presente como una de las metas “obligatorias” en la vida de

los seres humanos; ya que se convierte en una regla social que toda persona debe de cubrir para ser “bien visto”. A pesar de lo anterior, existen personas que involuntariamente no pueden procrear por diversas causas biofisiológicas, psicológicas, etcétera, ya que preexiste una falta en el funcionamiento de su cuerpo para la procreación, lo que los coloca socialmente en una posición de vulnerabilidad, obligándolos a buscar respuestas y soluciones (tratamientos para regular la reproducción) para cumplir con la exigencia de la regla social de la reproducción.

En esta tarea sociocultural –reproducción humana– uno de los protagonistas sin duda es el cuerpo, el cual como se sabe juega un papel primordial en el cumplimiento de la procreación, representa uno de los ejes principales de abordaje para comprender el fenómeno *infertilidad versus procreación*.

El cuerpo como eje de análisis permite explorar con detalle los sentires y emociones del proceso por el cual pasan las mujeres y hombres cuando se someten a los tratamientos para regular la reproducción. Ya que el cuerpo se convierte en la “máquina receptora” de todos aquellos instrumentos médicos, y emociones vividas en el momento de los tratamientos; trayendo como consecuencia entre otros, la presencia del *dolor físico o dolor viviente*.<sup>1</sup> Indudablemente, el cuerpo como campo de reflexión desde la percepción de los actores nos lleva a otro pasaje fino para comprender la carga simbólica que sobrelleva la infertilidad para las mujeres y hombres quienes la padecen.

Pero también el cuerpo entendido desde el sistema de género, refleja la condición sociocultural de la persona, siempre y cuando se entienda que la lectura cultural del cuerpo es precisamente la esencia interpretativa que marca la diferencia entre mujeres y hombres, esto es, “la diferencia biológica entre los sexos, es decir, entre los cuerpos masculino y femenino, y muy especialmente, la diferencia anatómica entre los órganos sexuales” (Bourdieu, 2000:24). Ahora bien, esta

<sup>1</sup> Lerinch: “El dolor viviente, es el dolor experimentado fuera del laboratorio y no reducido a un código universal de impulsos nerviosos (que) contiene siempre, en lo íntimo, el encuentro humano con el significado” (Morris, 1994:4).

lectura diferencial de los géneros varía según la cultura, y para comprenderlo es importante el discurso simbólico del funcionamiento del cuerpo. Veamos por qué.

Considerando lo anterior y ubicando dicha reflexión en la sociedad occidental, el rol de la maternidad juega un papel culturalmente necesario para las mujeres, ya que el funcionamiento adecuado de su cuerpo para la procreación la coloca como “verdadera mujer”, pues está cumpliendo con la función socialmente dada de la reproducción. Siguiendo la lógica de dicha exigencia social, en el caso de la mujer con diagnóstico de infertilidad, la percepción por parte de los otros (sociedad) hacia ella y de sí misma va acorde con lo impuesto socialmente, por lo tanto, la mujer con infertilidad ciertamente es entendida como aquella que rompe con las reglas culturales de la reproducción al no poder embarazarse, es decir, es una mujer que no podrá ser madre; rol que como ya se dijo es uno de los principales que define a la mujer en la sociedad occidental.

En el caso del hombre, las exigencias sociales se dan, sobre todo, en el cumplimiento de proveedor de la familia, para lo cual necesita de la conformación de ésta para jugar su rol. En otro sentido, pero que va de la mano con lo anterior, es la demanda de su reproducción, pues en la sociedad occidental una manera de “medir” la virilidad de los hombres es por medio de la descendencia, de lograr el hijo propio. Por tal, la pretensión cultural en el caso de los hombres con diagnóstico de infertilidad los coloca en una posición vulnerable similar a las mujeres (ambos con sus matices particulares) ya que sin descendencia no se da la conformación de una familia propia, y por ende, tampoco demuestran su capacidad reproductiva, es decir, que al igual que la mujer infértil no responden a las reglas culturales. Esto es, ambos géneros rompen con la exigencia de la reproducción social.

Ante dicho panorama, la reproducción humana en el caso de las parejas con infertilidad se convierte en el tema cotidiano, sobre todo cuando se encuentran en tratamientos para la regulación de la fertilidad. Pues su necesidad de cubrir con lo culturalmente impuesto para ambos géneros, los lleva a construir una dinámica de vida que tiene como esencia la búsqueda de soluciones ante su diagnóstico. En ese sentido,

dichas parejas se someten a una serie de tratamientos alópatas y alternativos que en ocasiones pueden durar varios años.

Con base en lo anteriormente expuesto, es interesante plantearse algunas preguntas y dar respuestas desde las percepciones y significados del *modus vivendi* de las y los propios actores, obviamente relacionadas con la simbolización del cuerpo, como las siguientes: ¿cuáles fueron los estudios y tratamientos a los que se sometieron? ¿qué sucedió o cómo fue visto y tratado su cuerpo al momento de los tratamientos y/o estudios médicos? ¿cuáles fueron las percepciones que tuvieron en el momento de los tratamientos/estudios alópatas? ¿cambió su cuerpo?

De la misma manera con respecto al sistema de género, siendo las subsecuentes: ¿Cómo se perciben las mujeres que presentan infertilidad, dentro de una sociedad que en cierto modo las determina a través de la maternidad? Para el caso del varón con infertilidad ¿cómo entenderse como hombre, cuando la descendencia es traducida como prueba de virilidad?

Y en ambos ¿cuáles serían los significados que han construido del rol de género con la presencia de la infertilidad? O ¿cómo entender la frustración y desvalorización por no poder lograr sus expectativas reproductivas?

En los siguientes apartados se presentan respuestas que permitieron conocer las vivencias de parejas con infertilidad, y cuyo abordaje responde a lo expuesto en este apartado.

## Infertilidad y el sistema de género<sup>2</sup>

La percepción que ambos géneros con infertilidad tienen ante su condición de salud está completamente permeada con el contenido cultural que se le ha dado a cada género. Como ya se mencionó, en la sociedad occidental el papel principal que se le ha otorgado a la

<sup>2</sup> Por principios éticos los nombres de las y los informantes son seudónimos, de esa manera se garantiza su privacidad.

mujer es la maternidad, en ese sentido la mujer infértil se autoconcibe insatisfecha al no poder cumplir con dicho rol. Una de ellas, dice:

Pues a veces en ese sentido no me siento como satisfecha, en el sentido de que no he podido dar a luz, por eso le digo no puedo embarazarme más bien, no sé si acuerda que le platicué la vez pasada, que yo me sentiría realizada si pudiera embarazarme y tener un bebé, es lo único que me falta, porque lógicamente ya te casaste, ya tienes una pareja, tienes una carrera, ahora me falta lo último, un bebé ¿no?! (Sonia).

Con la narrativa anterior, esta mujer expresa que la maternidad sería el rol para sentirse completa, siendo la respuesta “esperada” ante la exigencia cultural a su género. Asimismo, se puede ver que la maternidad no sólo se limita al hijo vivo sino conlleva el deseo de la vivencia del embarazo y parto. En ese sentido, la presencia de la infertilidad implica para las mujeres la anulación del proceso reproductivo en su conjunto: embarazo, parto y lactancia. Por tal, las representaciones simbólicas de la procreación en las mujeres con infertilidad se instalan en la lectura cultural del proceso biológico; lo que les simboliza el ser mujer en términos socioculturales.

En caso del varón, a pesar de que no vive físicamente como tal el proceso reproductivo, la presencia de la infertilidad representa sentirse vacío como ser humano por el hecho de no “cumplir o tener descendencia”.

Yo creo que como ser humano tienes que aprender... la infertilidad significa sentirte vacío ¿no?, como sentirte que no estás completo, como que te hace falta un pedazo de algo, la infertilidad es sentirte que estás seco ¿no? (Ernesto).

Es de considerar que la autodesvaloración por ambos géneros no se conforma desde lo individual, sino es consecuencia del contenido cultural de lo que implica la reproducción humana. Pero también es cierto, que la sociedad es dialéctica, y por tanto, las personas ante sus

propias circunstancias van tomando decisiones respecto a su estar en la vida. En ese sentido, algunas personas intentan redefinir su condición de género ante la presencia de la infertilidad.

Pues... yo siento que tenemos el mismo valor, porque no nada más para... para ser este... mmm... mujer, tienes que ser mamá. Pero no lo ven así (Andrea).

Una de las informantes reconoce que la maternidad en la sociedad occidental es considerada como sinónimo de mujer, pero con su narrativa coloca la definición de la mujer más allá de la maternidad. Lo que permite ver que se da cierta “resignación” ante su falta de procreación reconciliándose con su condición genérica al darle otro “valor” al rol de la mujer.

En el caso del hombre, uno de ellos comenta:

Ajá. La realidad es difícil, es dura, pero nos hace ser hombres, ser más hombres. Hombre no es aquel que se dice soy macho y tengo esto, sino aquel que se sabe enfrentar las circunstancias y trata de resolverlas. Créame que en estos seis años, cinco-seis años que he empezado con mi esposa en esto, lo hace a uno crecer interiormente, lo hace a uno madurar (Emilio).

Similar al caso de la mujer, en el hombre se da cierta “resignación” a la falta de reproducción pues se reconoce que dicha situación es complicada. Ya que ciertamente la infertilidad los sitúa ante una circunstancia vulnerable, que al enfrentarla también los define en su condición genérica desde otra perspectiva –enfrentando su realidad– lo que lo lleva a ampliar el contenido del ser hombre, colocando la descendencia como un rol más de éste y no el principal.

Con lo anterior podemos ver la relación estrecha entre la infertilidad y género, que permite comprender parte de las percepciones culturales que les adjudican a las personas con el padecimiento según su género en la sociedad occidental. Dándose en algunos casos la insatisfacción de su rol por la falta de descendencia; y en otros, cierta

resignación al no cumplir el papel de madre o padre, reconociendo otros roles también importantes para la definición de persona.

## Tratamientos y cuerpo genérico

Como ya se mencionó las personas con infertilidad buscan solución ante su falta de procreación a través de tratamientos que representan esperanzas reproductivas. Algunas de las narrativas nos permiten conocer de qué manera es percibido el cuerpo de cada género durante el proceso de estudios y/o tratamientos alópatas. Uno de los informantes nos dice:

¿Pero todos han sido espermotobioscopias o que ha sido?...; las espermotobioscopias, como ocho, las demás ha sido pruebas de sangre (Ernesto).

Como se puede observar, algunos estudios para el caso de los hombres se basan en la extracción de sangre a través de una jeringa siendo pues el proceso común. Asimismo, se les solicitan espermotobioscopias<sup>3</sup> para valorar la viabilidad de una posible fecundación; el propósito de dicho estudio es conocer la cantidad y calidad del espermatozoides a través de una muestra de éste. Para el proceso de la obtención de la muestra los hombres tienen que acudir al departamento de andrología, en el cual se les indican los pasos a seguir para conseguir la muestra. Posteriormente, los ubican en un cuarto privado para que de manera personal logren obtener su semen y lo coloquen en un recipiente especial previamente dado. Pero, ¿qué implica para los hombres obtener la muestra de semen?

<sup>3</sup> La espermotobioscopia directa es la prueba inicial y la más difundida en la valoración del factor masculino; en gran número de casos es el único estudio con el que se evalúa al hombre (Juárez y cols.). La espermotobioscopia directa consiste en la toma de una muestra de semen, obtenida en el laboratorio por medio de masturbación. Se estudian diferentes factores del líquido seminal y su contenido (Scrib, 2011).

Porque... desde que inició mi vida de matrimonio empecé a descubrir otras cosas que eran bochornosas. Entre éstas era que me pedían una prueba de esperma: “¡híjole, ahora qué hago!”. “Pues sí, ya sabía uno los procedimientos para llegar a eso: “¡híjole!”. Ya me decía el doctor o la doctora...: vas a traer una prueba y vamos a hacerte el análisis seminal: “¡híjole,”. Y pues con todo y pena me escondía por allá, y adelante (Carlos).

El ritual para obtener la muestra de semen se convierte en un reto para ellos, ya que los colocan en una situación vulnerable por el hecho de las implicaciones culturales que se le han atribuido a la práctica de la masturbación. Lo cual está relacionado evidentemente con la prohibición religiosamente cultural del contacto con ciertas partes del cuerpo (genitales), es decir, con lo inapropiado, con el tabú. En ese sentido, el proceso del estudio de la espermatobioscopia –obtención de la muestra de semen– pone a los hombres en la mira de los otros (médicos, enfermeras, y otro pacientes) siendo pues un ritual incomodo pero necesario para poder lograr su objetivo.

Como ya se mencionó, para ellos la relación física de su cuerpo con los estudios médicos básicamente se da por medio de los fluidos corporales, especialmente la sangre y esperma. Pero también existen otros estudios, en los cuales es necesario que el personal médico haga un tacto en las zonas erógenas del paciente; por ejemplo cuando se realiza un ultrasonido de testículos, que comúnmente va de la mano con una exploración de la zona tratada. Uno de ellos nos comparte:

En el ultrasonido testicular también le ponen a uno gel en lo que es los testículos y pasan la máquina esa del rayo, y lo están... también fue una doctora y una ayudante; y ¡ay hijo!, igual, igual. Volví a revivirlo todo porque pues... ellas estaban revisando, estaban observando por la pantalla, y moviendo el aparatito y... “¡ya terminen, no sean crueles!” (se ríe)...; [¿en ese momento tú cómo sentías tu cuerpo....?]; No respondía a nada. Porque con vergüenza pues no responde uno a nada, se bloquea uno completamente (Pablo).

Para el caso de las mujeres, existen varios estudios o tratamientos alópatas que van desde los hormonales que no son tan invasivos físicamente como aquellos tratamientos convencionales<sup>4</sup> en los cuales su proceso debe darse al interior del cuerpo como por ejemplo, la histerolaparoscopia, histerosalpingografía, histeroscopia, laparoscopia, ecografía, etcétera, los cuales para su aplicación necesitan utensilios que se introducen en el cuerpo de la mujer. Asimismo se encuentran las técnicas de reproducción asistida, siendo las más comunes, la inseminación artificial, y la fertilización in vitro.<sup>5</sup>

En ellas, los estudios médicos son el pasaje más tormentoso en la búsqueda de la fertilización, pues es precisamente mediante éstos donde el cuerpo se convierte en la “máquina receptora” de objetos ajenos, que van desde una aguja hasta aparatos sofisticados. La experiencia por parte de las mujeres de la “invasión” de los utensilios médicos en su cuerpo como parte del proceso de los estudios, constituye representaciones simbólicas que determinan parte de su concepción del estar en tratamientos para la regulación de la fertilidad.

<sup>4</sup> La *histerosalpingografía* y la *laparoscopia*. La primera es un procedimiento ambulatorio que calcula la permeabilidad tubárica y la cavidad uterina con complicaciones mínimas de infecciones y sangrado; es sumamente útil para evaluar la permeabilidad tubárica, el diámetro de las trompas y su mucosa. Sin embargo, no se puede utilizar como la única herramienta para el estudio del estado de las trompas, dado que su sensibilidad para evaluar las adherencias peritubáricas es baja. La laparoscopia realizada en la sala de operaciones bajo anestesia general permite una evaluación pélvica completa y un examen de las condiciones extraluminales y peritubáricas, así como la detección de otras afecciones, por ejemplo endometriosis. La *histeroscopia* permite la evaluación y la corrección de los defectos de la cavidad uterina en el mismo procedimiento quirúrgico. La *ecografía*, *histerosonografía* y resonancia magnética (RM) contribuyen al diagnóstico de las alteraciones uterinas y brindan información sobre el aparato urinario, un blanco importante de investigación en casos de anomalías congénitas en el desarrollo del aparato genital (Brugo-Olmedo y cols. 2003).

<sup>5</sup> La *Inseminación Artificial*: Consiste en depositar el espermatozoide de la pareja en el útero de la mujer sin contacto sexual. La *Fertilización In Vitro*: Es la unión del óvulo y el espermatozoide fuera del cuerpo humano se conserva en condiciones adecuadas, y posteriormente los embriones se trasladan a la cavidad uterina (Pérez 1997 y Speroff 1999).

Pero es molesto; es molesto porque te están introduciendo cosas que no lo usas diario; en segunda son doctores y tienes un poco de pudor; y bueno, en tercera dices: “¿qué necesidad tengo de estar haciendo todo esto, por qué tengo que pasar por todo esto?” (Natalia).

Con base a lo anterior se puede observar algunas diferencias genéricas de la invasión física al cuerpo de los estudios o tratamientos, colocando a la mujer en una posición más vulnerable frente al hombre. Pues en ella recae sobre todo lo referente al dolor físico.

¿Y cómo es la histerosalpingografía?...; ¡Ay horrible! Bueno el chiste es de que meten un... contraste hasta las trompas, pero lo inyectan a presión, yo supongo, y cada presión que inyectan se sienten unos cólicos horribles, horribles...; ¿Es frío o cómo...? ...; Pues no se siente frío o caliente, se siente el cólico como que... pues como cólicos menstruales pero fuertes, fuertes, fuertes (Paula).

Si bien, se menciona de manera simple lo que implica físicamente someterse a tratamientos o estudios, es real que lo anterior conlleva una serie de sentimientos e interpretaciones relacionadas con la percepción cultural del manejo y manipuleo del “uso” del cuerpo y de los fluidos. Ya que las “percepciones sensoriales y o lo sentido, y la expresión de las emociones parecen la emanación de la intimidad más secreta del sujeto, pero no por ello menos social y culturalmente modelados” (Le Breton, 1998:9).

Es de considerar que en ambos géneros se presentan sentimientos que florecen al momento de los estudios o tratamientos paralelamente con las percepciones vividas ante su condición de salud. Desde esta perspectiva podemos hacer mención del *dolor viviente*<sup>6</sup> el cual podemos entenderlo con la siguiente narrativa:

<sup>6</sup> Entendido como el Dolor Viviente, aquel “dolor experimentado fuera del laboratorio y no reducido a un código universal de impulsos nerviosos (que) contiene siempre, en lo íntimo, el encuentro humano con el significado” (René Leriche en Morris, 1994:4).

¿Y un dolor más allá del físico, cómo podrías describirlo?...; Mmm....; Más allá del físico, ¡eh!...; (silencio 5 seg) Pues no... (silencio 5 seg) no, no... no... más bien el... el dolor es el... el que ahorita siento es el sentimental...; Ajá, ¿y ese cómo, cómo es?...; Eeh... de no ver... bueno, de no lograrlo, ese es el... el que más me afecta. Es... quizás es... sea el principal en... en mi persona... Es el que... más me deprime, el que... en el momento. Ya... cuando el... el médico habla conmigo y me dice: “no te preocupes, hay más posibilidades, estás bien”, ya te vuelves a levantar otra vez, pero sí... yo siento que ese es el dolor más grande que... que tengo (Blanca).

En ese sentido la infertilidad representa un dolor simbólico que conlleva la imposibilidad de la procreación, esto es, dicho padecimiento hace que las personas encaren las complicaciones biofisiológicas desde el sistema de las representaciones culturales de lo que significa no poder embarazarse.

Lo anterior no es exclusivo de las mujeres, pues para la pareja la infecundidad los coloca infértiles a ambos independientemente de quien tenga el diagnóstico médico, esto es, la vivencia de la pareja infértil se instala en el hecho de no tener hijos propios, hijos producto de su relación; por tal no perciben la infertilidad como un “problema” individual que recae en quien padece el diagnóstico médico. Tanto es así, que se da una exigencia de la pareja para ser tratados paralelamente por el personal de salud:

No pues básicamente esa es mi inquietud, que como es posible que se me impida el acceso a la pareja a la consulta y este caso que es fertilización. Pues definitivamente es algo que es entre los dos, eso para mí es inconcebible. Por lo demás, en este momento “no” nos causa un estrés muy grave, pretendemos ser esposos... Lo que pasa es que quedan muchas dudas, no es igual como que estuvieras ahí para saber como están los resultados, ya si hay duda, pues yo le puedo preguntar: si una trompa está obstruida qué posibilidad hay de que se pueda con una o si o se puede destapar la otra, miles de cosas que se pueden preguntar (Gabriel).

Asimismo dicho sentimiento –*dolor viviente*– también se expresa *corporalmente* después de los tratamientos o estudios, pero se da de manera diferencial entre los géneros. Una de ellas nos dice:

Cuerpo agredido, un cuerpo que ha sido manipulado, un cuerpo que ha sido alterado en muchas situaciones, desde el simple hecho que te metes hormonas y te cambia todo, pues que ha sido agredido básicamente. Y ahora pues pobrecito (Natalia).

El contenido del dolor viviente en las mujeres infértiles está determinado –entre otras cosas– por el proceso propio del estudio, es decir, la percepción del manipuleo corporal, el dolor físico, y las consecuencias post-estudio son factores que influyen en el entendimiento “negativo” del dolor viviente corporal: *cuerpo agredido*.

En el caso del varón, se expresa así:

No, nunca fue desagradable, que me iban a inyectar, adelante, que me iban a sacar sangre, adelante, no, no fue desagradable (Rafael).

En el hombre al no ser sometido del todo su cuerpo al momento de los estudios, su percepción del dolor viviente es diferente en comparación con el de la mujer, pues en ellos la invasión corporal (física) es mínima en relación con el cuerpo de la mujer, lo cual permea su interpretación corporal al momento de los estudios o tratamientos para la regulación de la fertilidad.

Dichas diferencias genéricas en la percepción del cuerpo después de los estudios o tratamientos, evidentemente están relacionadas por el tipo de tratamiento para cada género, determinado por la ordenanza corporal con lo cual se reafirma la inequidad entre mujeres y hombres en las soluciones alópatas para regular la fertilidad. Lo anterior es parte del contenido de las diferencias entre los géneros, pues precisamente la lectura simbólica de dichas diferencias genéricas corpóreas de los estudios o tratamiento es parte del contenido de las dimensiones culturales de las vivencias en personas con infertilidad según su género.

## Conclusiones

Se puede decir que el cuerpo es la “máquina receptora” de cada estudio o tratamiento para la persona infértil. El cuerpo de la mujer en comparación con el del hombre tiende a ser mayormente irrumpido físicamente siendo consecuencia de su fisiología, y por ende de los tipos y el número de tratamientos para la regularización de la fertilidad; mientras en el caso del hombre su relación es meramente con los fluidos corporales.

En ese sentido desde la lectura simbólica ambos cuerpos genéricos contienen sus propias experiencias, las cuales están permeadas por las exigencias culturales dadas en la sociedad occidental, colocando a la mujer en una posición más vulnerable en comparación con el hombre. Lo anterior por dos razones substanciales: la primera, porque la demanda respecto a la reproducción recae principalmente en la mujer; y la segunda, está relacionada con las diferencias del trato de cuerpo genérico al momento de los tratamientos.

Dicha experiencia simbólica de lo vivido como persona infértil desde su condición de Género, también conforma sus sentires y emociones, los cuales se moldean según su usanza; derivando diversas pero diferentes expresiones emocionales como parte del conjunto de las representaciones simbólicas.

Como corolario, y considerando lo que ya se mencionó en el presente trabajo respecto al papel del cuerpo genérico. Podemos añadir, que si bien la esfera médica toma como base principal para la regularización de la fertilidad al cuerpo de la mujer, siendo el “espacio principal” para la reproducción, nos lleva a pensar que el papel del hombre cada vez se va desplazando en paralelo con los avances científicos: clonación, donación de embriones, madres subrogadas. Ya que en la actualidad y sólo como referente, si enfocamos esta discusión al tema de la clonación, podemos decir que las representaciones culturales de la descendencia entendidas como la imagen seminal de la paternidad respecto a las nociones occidentales, cada vez colocan dicha imagen lejos de la reproducción, pues la ingeniería genética no necesita ciertamente del espermatozoide para la creación de un ser, ya que la manipulación

genética<sup>7</sup> realiza la clonación reproductiva (Stolcke, 2010). Trayendo consecuencias en el ámbito cultural, sobre todo para los hombres que históricamente han ocupado “la otra parte” en la reproducción social, representada con el espermatozoide. En ese sentido, la nueva tecnología compromete el sentido de la paternidad, si tomamos como base al origen de la fecundación –unión del óvulo y el espermatozoide– dándole pues un giro a dicho inicio de la procreación: sin relaciones sexuales, sin fecundación.

En palabras finales, y para continuar posteriormente con la discusión desde la mirada sociocultural podemos preguntarnos ¿cómo comprender en la actualidad el proceso reproductivo? ¿Aún es necesario de ambos géneros para la procreación? ¿Será que se vuelve exclusiva la reproducción social para las mujeres? y... ¿los hombres?, tal vez esto nos lleve a reflexionar respecto a lo que podemos nombrar *inequidad genérica de la reproducción tecnológica: continuación del uso del cuerpo de la mujer como máquina receptora, y desplazamiento del cuerpo y sus funciones del hombre*.

## Referencias

- Bourdieu, Pierre. *La dominación masculina*. España, Barcelona, Anagrama, 2000
- Brugo-Olmedo S, Chillik Claudio, Kopelman Susana, “Definición y causas de la infertilidad”. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 5 (54) (Oct./Dec. 2003) [en línea]. Disponible en: <[http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S003474342003000400003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S003474342003000400003&script=sci_arttext&tlng=es)> [Consulta: 21 de octubre de 2011].
- Juárez Armando Bengoa, Fernández Larios Joaquín P, Rojas Ruiz Juan Carlos, Tomassoni José Roberto Silvestre, Villanueva Díaz Carlos Arturo, Arias Hernández José, Echevarría Sánchez Mirna Guadalupe. “Cambios seminales relacionados con embarazo espontáneo en pacientes con antecedente de infertilidad”. *Ginecol Obstet Mex* 74 (2006), p. 48-54.

<sup>7</sup> Las transformaciones génicas son el conjunto de modificaciones que la ingeniería genética puede provocar en el genoma humano, y que van desde la sustitución parcial o total de un gen patológico hasta la clonación de seres humanos.

- Lamas, Marta. "Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género". En *El Género: La construcción de la diferencia sexual*, Marta Lamas (comp) México PUEG-Porrúa, 1996, p. 327-65.
- Lamas, Marta. "Diferencias de sexo, género y diferencia sexual". *Revista Cuicuilco*, 18(7, 2000), p. 95-118.
- Le Breton, David. *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*; Buenos Aires, Argentina, Nueva Visión, 1998.
- Héritier, Françoise. *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona, España, Ariel, 1996.
- Morris David. *La cultura del dolor*. Santiago de Chile, Andrés Bello, 1994.
- Pérez, Efraín. *Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la Reproducción. Un enfoque integral*. 2º Edición, México SALVAT, 1997.
- Scott, Joan. "El género una categoría útil para el análisis histórico". En *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, James Amelang y Mary Nash (comps), España, Valencia, Alfons El Magnanim/Institución Valenciana D'Estudis I Investigación, 1990, p. 23-56.
- Speroff, L., Glass, R. y Kase, N. "Assisted Reproduction". En *Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility*, Lippincott Williams & Williams (edits), Sixth Edition, USA, Baltimore, Maryland, 1999, p. 1133-1145.
- Stolcke, Verena. "Homo Clonicus: ¿entre la naturaleza y la cultura?". En *Naturalezas, cuerpos, culturas. Metamorfosis e intersecciones*. Rodrigo Díaz y Aurora González (coords) UAM-Iztapalapa, México, 2010, p. 279-316.
- Scribd. *Espermatobioscopia directa* [en línea]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/36823486/ESPERMATOBIOSCOPIA-DIRECTA> [Consulta: 7 octubre 2012].

# Mujeres sin hijos: circunstancias, razones y presiones en torno a la “elección” voluntaria de no ser madres

ALBA ELENA ÁVILA GONZÁLEZ

RESUMEN: En México, como en muchos países del orbe, los atributos de género de las mujeres y la identidad femenina han sido tradicional y hegemónicamente contruidos, de manera cuasi natural en torno a la figura y función materna. Sin embargo, a partir de las últimas tres décadas del siglo XX, se observa un significativo y creciente número de mujeres que «eligen» “voluntariamente” permanecer sin hijos y no ser madres.

¿Cuáles son las condiciones del contexto macrosocial que hacen posible esta “elección”?, ¿cuáles son las razones que se argumentan y las experiencias o presiones con las que se enfrentan las mujeres que “deciden” permanecer sin hijos?

El estereotipo cultural de la mujer mexicana, madre abnegada y “complemento servil del hombre” ha dejado de ser representativo de lo que viven muchas mexicanas hoy en día. Este estudio trata sobre todo, de visibilizar los cambios de lugar tradicional y la experiencia de vida de un grupo de mujeres urbanas, nacidas en la década de los años cincuenta, pertenecientes a las clases medias e ilustradas y

radicadas en la Ciudad de México.<sup>1</sup> Mujeres que han experimentado procesos de individualización, que se expresan en el giro sociocultural, que destacan Ulrich Beck y Elisabeth Beck G., de pasar de una condición social de “vivir para los demás a vivir la propia vida”, y por tanto elegir estilos diferentes y distantes al mandato social y cultural esperado para ellas, como es el matrimonio tradicional y la maternidad (Beck, 2003).

Como un primer acercamiento habría que decir que se trata de mujeres pertenecientes a una generación que fue marcada por los profundos cambios experimentados en la segunda mitad del siglo XX, que iniciaron en el caso de México, con el acceso de las mujeres a la condición ciudadana, el acceso a mayores oportunidades de la educación superior y de ingreso al mercado laboral, el acceso a los métodos anticonceptivos y a cambios en sus prácticas sexuales provocadas por lo que ha sido llamada la revolución sexual de los jóvenes, teñida por los movimientos feministas, los grupos de izquierda, el rock, el movimiento por la paz, los ambientalistas, etcétera, creando todo ello una mezcla explosiva que terminó por fracturar la tríada virgen/mujer/madre, al exigir decidir libre y voluntariamente sobre el destino de sus cuerpos y por antonomasia de sus vidas.

Este grupo de mujeres han optado, tanto de manera ambigua, como de manera consciente y voluntaria por no ser madres y algunas de ellas, tal vez la mayoría, por no ser esposas, ni amas de casa tradicionales. Mujeres transicionales e innovadoras que están disponiendo “libremente” de las capacidades reproductivas de sus cuerpos, al “elegir” no procrear, sin tener que renunciar por ello al ejercicio de su sexualidad, la cual no se circunscribe al modelo tradicional que lo asocia necesariamente con el matrimonio, la familia, la monogamia y la heterosexualidad.

Mujeres que no encuentran espacios para hablar abiertamente acerca de su elección o decisión de permanecer sin hijos. Pero sus

<sup>1</sup> Este artículo es parte de un capítulo reelaborado y resumido de la tesis de doctorado en Antropología, *Mujeres sin hijos: El desacato de la maternidad*, presentada en la Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2007.

argumentos encuentran eco y presencia en los foros internacionales, como parte de la lucha de las mujeres feministas por conquistar una gama de derechos, entre los que se destacan los derechos sexuales y los derechos reproductivos, comenzando con la autonomía para decidir sobre sus cuerpos. Esto es, los derechos para tomar decisiones concernientes a su fertilidad y sexualidad, sin tener que sufrir por ello formas de coerción ni de violencia.

¿Quiénes son estas mujeres que se resisten a cumplir con las “funciones maternas” asignadas a sus cuerpos y a sus vidas, y separan de *facto* la sexualidad de la reproducción y eligen un proyecto de vida sin hijos? ¿Qué factores o qué condiciones socioculturales o socioeconómicas han determinado este hecho social? ¿Qué experiencias y presiones estigmatizadoras han vivido por llevar a cabo esta elección?

De antemano, puede decirse que las mujeres que “eligen” permanecer sin hijos forman parte de un grupo minoritario. Se trata de mujeres profesionales de clase media, con altos niveles de educación (Kelly, 2009). Mujeres numéricamente atípicas en nuestro país y en el mundo, pero simbólicamente significativas, en la medida que por un lado reflejan la tendencia del emergente fenómeno demográfico del “despoblamiento voluntario”, *dinks* (*double income without kids*) o *childfree*,<sup>2</sup> que se está manifestando con mayor claridad en algunos países del mundo, como son los Estados Unidos de Norteamérica, de Europa Occidental (España, con un promedio de 1.2 hijo media por mujer o Italia al igual que Alemania, con un promedio de 1.3 hijo media por mujer); así como en algunos países de la ex Europa del Este (Croacia, Rusia), y en algunos países y metrópolis asiáticas (como Japón, Hong Kong, Singapur, Taiwan y Corea del Sur); pero por el otro lado, son mujeres que simbólicamente manifiestan la resistencia a la representación unívoca y esencialista de la categoría mujer y su asimilación con la figura de la madre. O dicho en palabras de Gilles

<sup>2</sup> Las organizaciones de las personas y parejas sin hijos surgieron en la década de los años setenta en los Estados Unidos de Norteamérica, pero han ido multiplicándose y diversificándose en grupos autodenominados: Childless, childfree, dinks, zero population, etcétera. Mismos que pueden consultarse en internet.

Lipovestky, son mujeres que inauguran la etapa de “la tercera mujer”, que expresa el fin de la categoría mujer como algo natural, fijo y estable; de la mujer como el corazón de la familia y reina del espacio doméstico.

## El contexto de la elección

Hay muchas razones, y algunas muy justificadas, por las cuales se desea no tener hijos. Éstas van desde el reconocimiento y la reflexividad de la falta de deseos maternales, como de la des-identificación temprana con la figura o el rol materno, el rechazo físico del embarazo y del parto, o el temor de no poder ser “suficientemente una buena madre”, o de asociar la maternidad con la idea de la dominación masculina o con la limitación y pérdida de libertad, etcétera. De hecho si enumeramos las razones de porqué no, tal vez sean más que las razones de por qué si tenerlos (Maier, 2008).<sup>3</sup> Una razón, sin que esto signifique que sea “la” razón, se debe a la mirada crítica que las mujeres hacen sobre el ordenamiento cultural del patriarcado, particularmente al papel privilegiado de los hombres. Haciendo evidente que en México “la maternidad es obligatoria y la paternidad voluntaria” o que México es un país donde “hay mucha madre y poco padre”.

Ya no tienes vida propia, no vuelves a leer, no vuelves a coger, no vuelves a preparar comida para ti. Todo es en función de ellos, te vuelves una persona subsidiaria; ya no puedes pensar, ya no te puedes enojar, ya no te puedes pelear con tu marido, si se separan ya no les va a alcanzar. Es tan brutal el shock de las maternidades y paternidades reales, que yo no me voy a meter en ese lío, ahora sí por puro, claro y evidente egoísmo. No me interesa en lo más mínimo (Virginia).

<sup>3</sup> La autora Corinne Maier ha titulado su libro *No Kid 40 buenas razones para no tener hijos*, Barcelona, Editorial Península, 2008.

Es por ello que algunas mujeres, al saberse sin pareja o con parejas inestables, al evaluar que no contaban con el apoyo real y efectivo de los hombres, al saberse y vivirse sin las redes familiares y sin las condiciones sociales de apoyo al arduo trabajo de la crianza infantil y al cuidado de los hijos e hijas, al percibir un panorama económico, ecológico y social incierto, por la violencia y el crimen organizado, por el desempleo, por la falta de agua en el futuro próximo, etcétera, desistieron de la procreación. Otras mujeres no es que hayan evaluado nada, simplemente los hijos no formaban parte de su proyecto de vida. Su deseo era otro (García Colomé, 2004).

Yo decidí no tener hijos por tener ciertas posibilidades, no sólo de trabajar y ser en cierta forma autónoma e independiente, sino por incursionar en otros campos, en los que desgraciadamente no se pueden incursionar cuando se tienen hijos. Me refiero a la autonomía para ejercitar tu sexualidad, tus formas de amistad, tu estilo de vida, etcétera (Marta).

Cabe agregar que en esta decisión de no tener hijos se conjugan factores tanto psicológicos, como de experiencias y trayectorias de vida. En algunas ocasiones las mujeres contaron con el consenso de sus parejas, otras veces esta determinación fue motivo de separación y en otras ocasiones fue más bien la pareja quien propuso el no querer tener hijos.

Zygmunt Bauman en su libro *Amor líquido*, nos dibuja el horizonte social bajo el cual las personas enfrentan actualmente la decisión de formar una familia o no formarla. Si bien su texto se refiere a lo que acontece en las sociedades altamente industrializadas, no dejan de compartirse ciertas manifestaciones en las sociedades “emergentes”, como se aprecia en algunos escasos sectores de la Ciudad de México.

En un mundo de incertidumbre y fragilidad en los vínculos humanos ¿quién quiere tener hijos?

Con la nueva fragilidad de las estructuras familiares, con familias con esperanza de vida mucho más corta que la expectativa de vida

individual de cualquiera de sus integrantes, cuando la pertenencia a un linaje familiar particular se convierte rápidamente en uno de los “indefinibles” de nuestra moderna era líquida, y la filiación a alguna de las muchas redes de linaje disponibles se transforma para cada vez más personas en una cuestión de elección de tipo *revocable* y hasta nuevo aviso, un hijo puede aún ser un “puente” hacia algo más perdurable. Pero esa otra orilla hacia la cual conduce el puente está cubierta de una bruma que nadie tiene la esperanza de disipar, y por lo tanto es improbable que despierte grandes emociones, y menos probable que llegue a inspirar un deseo que mueva a la acción. Si una súbita ráfaga de viento disipara esa bruma, nadie sabe qué clase de costa dejaría al descubierto, tal vez no sea un terreno suficientemente firme como para sostener un hogar permanente. Puentes que no conducen a ninguna parte, o a ninguna parte en particular... ¿Quién los quiere? ¿Para qué? ¿Quién desperdiciaría tiempo y dinero en diseñarlos y construirlos? (Bauman, 2005: 63).

## Las mujeres ante los espejos de la figura de la maternidad

El interés que ha guiado este trabajo es conocer, ¿cómo experimentan estas mujeres la condición liminal de no desear ser madres en una sociedad, donde la figura materna está tan culturalmente sedimentada y tiene tan alta carga de valoración?

A fin de conocer con mayor profundidad esta problemática se entrevistó a un grupo de 20 mujeres, amigas o conocidas de amigas de la autora.<sup>4</sup> De las cuales quince de ellas son mexicanas, el resto son extranjeras, dos europeas de nacionalidad italiana; una norteamericana y dos sudamericanas, una argentina y la otra boliviana. Mujeres que han vivido en el país durante muchos años, al cual han adoptado como propio, al nacionalizarse como mexicanas. La inclusión de los

<sup>4</sup> Este estudio en cierta forma es de corte autoetnográfico, pues la autora forma parte de este grupo y cohorte generacional estudiado.

testimonios de las “extranjeras” se justifica en nuestra opinión, por la similitud de experiencias culturales e ideológicas compartidas por muchas mujeres de esta cohorte generacional de los años de posguerra.

Las entrevistas fueron realizadas durante los años 1995 a 1999, con base a un formato abierto y flexible. A todas las participantes se les pidió que relataran sus experiencias y sentimientos vividos a lo largo de sus vidas, respecto a la condición de no ser madres. Esto es, la entrevista no se sujetó a un cuestionario guía, con base a una batería de preguntas divididas por etapas vitales, sino que se buscó que las mujeres relataran su historia desde su propia estrategia discursiva, y las preguntas sirvieran para detonar el relato en diferentes ámbitos que dieran una idea más o menos global: infancia, familia, parejas, vida universitaria, presiones o estigmatizaciones recibidas, principales influencias, etcétera.

La pregunta: ¿por qué tienes hijos? es raramente formulada; hay una suposición muy arraigada de que la maternidad es inevitable, “natural”, “instintiva” y como tal, no está sujeta a ponerse en duda. Sobre todo partiendo de la concepción teleológica o evolucionista de que la trayectoria de la vida consiste en: “nacer, crecer, reproducirse y morir”; o en su versión religiosa “creced y multiplicaos”, que de manera tan férrea defiende la jerarquía católica. De hecho una pregunta obligada que surge en una conversación casual entre mujeres es si se tienen hijos. Y cuando se responde que *no* se produce un silencio y un esfuerzo por reencauzar el diálogo.

Cuando me relaciono con gente más bien afín no siento las presiones, pero es obvio que sí es un peso muy fuerte. Lo sentí una vez muy fuerte por ejemplo, cuando me encontré con mis amigas de la secundaria, cuando les dije que no tenía hijos abrieron los ojos, porque siempre dicen lo clásico, ¿quién te va a dar un vaso de agua cuando estés vieja y enferma?

Ha habido, a veces, discusiones fuertes en ese sentido, para defender lo que tú piensas y mantener tu punto de vista, porque casi siempre, como mamás hay una cierta alianza. Y sí, hay gente que si difieres, hay cierta agresión.

A mí me parece muy despectivo que se diga que las mujeres que no tenemos hijos, tenemos que sustituir a los hijos, a través de nuestro interés por los libros, por una profesión y demás. No sé por qué trabajamos así tan esquemáticamente. De todos modos tenemos metida la idea de madre. Si no tuviste un hijo, entonces tienes tal reacción... agarras un libro, una profesión, los sobrinos, tal, tal, tal. Yo creo que no, cuando menos esa es mi manera de pensar (Luisa).

Madelyn Cain, autora del exitoso libro *The childless revolution*, narra que cuando expuso a un grupo de jóvenes estudiantes, el tema de “elegir no tener hijos”.

La respuesta al material presentado fue eléctrica. Era claro que estos estudiantes nunca antes habían hablado abiertamente sobre este tópico. Era evidente su interés por obtener mayor información sobre la condición de las personas que eligen permanecer sin hijos (Cain, 2002: xiii).

Otro ejemplo que da cuenta de la carga emocional tan profunda que encierra hablar de este tema, fue documentada por la socióloga norteamericana Sharon Hays, quien planteó a un grupo de mujeres madres jóvenes con hijos pequeños, con quienes trabajó en su investigación la siguiente pregunta:

¿Cómo te sentirías si nunca hubieras tenido hijos?

–Ninguna de mis investigaciones anteriores me preparó para la intensidad de los sentimientos que expresaron las madres. Casi un cuarto por ciento de las mujeres con las que hablé en rigor se echó a llorar cuando les hice esta pregunta. Las respuestas de casi todas ellas fueron asombrosamente similares –“sola”, “vacía”, “triste”, “incompleta” “me faltaría algo”– (Hays, 1998: 169).

¿Cómo interpretar estas reacciones y estos silencios o tabúes que rondan el orden del discurso en el tema de la no maternidad? Ese es el reto de la ciencia, la cual muchas veces hace preguntas que incomodan,

que problematizan y que por naturaleza siembran la duda y la sospecha. Alessandra Bocchetti, lo expuso muy claro en un artículo titulado “La indecencia de la maternidad”:

La maternidad ha sido ubicada, entre los actos buenos, hasta sagrados. Pero qué hay de “indecente” en la maternidad sólo una mujer puede decirlo. (...) Por “indecencia” entendemos aquello de lo cual no se habla, aquello de lo cual se supone que es mejor no hablar (1992: 232).

Una interpretación hipotética que podría estar latente y no manifiesta en las respuestas y reacciones expresadas por las madres, a quienes Hays entrevistó, buscaría visibilizar el lado oculto de una institución, que impone un modelo hegemónico de género que exige a las mujeres definir su identidad con base a la maternidad, y por ende, a la entrega amorosa incondicional a los hijos, cueste lo que cueste.

Estas madres en rigor se sienten infelices por todos los sacrificios que han hecho para criar a sus hijos y envidian la vida relativamente libre, menos exigente en lo físico y emocional de la mujer sin hijos. Como es demasiado tarde para que ellas tengan esa vida, tratan de glorificar el tedioso trabajo de la maternidad, al mismo tiempo que intentan degradar a quienes tienen lo que ellas en secreto desean (Hays, 1998: 250).

Para validar esta veta analítica, el ejemplo planteado por Nicki Defago (2005) acerca de los resultados de una encuesta que realizó la revista *Housekeeping* en el año 2003 es muy elocuente por la respuesta de las madres participantes respecto del impacto que los hijos habían tenido en sus vidas.

- 90% dijo que se había dañado su carrera.
- 61% que se había dañado su familia.
- 60% que había perdido a sus amigos.
- 50% que se había dañado su vida sexual.
- 12% que la había llevado al divorcio o a la separación.

Es necesario aclarar que no se trata de contraponer a las mujeres entre sí –las madres de las no madres– sino de repensar los costes sociales y emocionales de un modelo hegemónico de género, que asocia a la mujer esencialmente con la figura de la madre y a la maternidad con el maternazgo.<sup>5</sup> Tampoco se trata de realizar un ejercicio de carácter exclusivamente teórico, sino de proponer una reflexión ética y política de las implicaciones que tiene el delegar sobre los hombros de las mujeres la mayor responsabilidad de las funciones domésticas y de cuidado familiar, cuando actualmente éstas participan en el mercado laboral y son “ganadoras de pan” al igual que sus parejas varones. Sin embargo, esta es una problemática que excede lo propuesto por este trabajo, por lo que no será desarrollada, sino solamente enunciada como un factor de relevancia a considerar entre las razones del contexto actual de cambio “civilizatorio”.

## Los estigmas sociales alrededor de las mujeres sin hijos

Comúnmente se dice que una mujer que no quiere tener hijos es una mujer: incompleta, egoísta, inmadura, fría, yerma, que no le gustan los niños, que no ama lo suficiente a su marido, que se está perdiendo del amor más grande de la vida, que se va a arrepentir, que se va a quedar sola, que es una mujer que sufre el típico síndrome de la mujer profesional moderna o que es víctima de las propuestas del feminismo radical, en la medida que quiere parecerse a los hombres, etcétera.

Este tipo de concepciones se expresan tanto en las opiniones del común denominador de la gente, como en las opiniones de algunos profesionales o expertos. Por no ahondar en las grandes formulaciones provenientes de los campos discursivos del orden de lo religioso, o de las representaciones de los medios masivos de la televisión (sobre

<sup>5</sup> La distinción entre maternidad y maternazgo o maternaje separa la maternidad biológica, de la maternidad social, que se refiere a los trabajos de cuidados y servicios de los hijos/as (Lamas, 1994).

todo en la modalidad de las telenovelas) y del cine, que juntos contribuyen a construir la figura del eterno femenino expresado en el binomio *mujer=madre*.

Los testimonios de las mujeres entrevistadas dan cuenta de la diversidad de formas estigmatizadoras y de violencia sutil cotidiana que han experimentado por su “condición” o “elección” de no querer ser madres. Comenzando el hecho de carecer de un concepto para definir las y tener que describirlas desde el prefijo adjetivado, que enfatiza la falta, la ausencia o la negación, al referirse a las mismas como “mujeres sin hijos”, “mujeres no madres” (Morell, 1994) como una manera de discriminación o de exclusión. Esto es, existe un concepto para definir a las mujeres solteras, a las viudas, a las divorciadas, a las lesbianas, pero las mujeres sin hijos no tienen nombre propio, existen desde lo que no son o no tienen, son por tanto consideradas como algo incompleto, liminal o ambiguo.

El visibilizar o nombrar a estas mujeres no es suficiente por sí mismo, da cuenta del lugar estigmatizado en el orden del discurso hegemónico. Pero:

Si las mujeres sin hijos ofrecen una posibilidad radical, ésta seguramente no puede encontrarse en una política de inclusión, sino precisamente en nuestra posición como desviadas o alejadas de las categorías de “mujer” y de “hombre”. Esto es, si hay una potencia radical, ésta consiste en desestabilizar el estatus ontológico de género. (Gillespie citada en Hird, 2003:16) (Traducción nuestra).

En nuestra opinión los puntos de quiebre para desestabilizar este ordenamiento del discurso de género ontológico, binario y patriarcal, tienen que ver con las transformaciones profundas del proceso globalizador y el cambio “civilizatorio” que se está viviendo en los albores del siglo XXI. Tiene que ver con el replanteamiento de las formas tradicionales de la identidad generica y de la identidad sexual, fija, heterosexual y reproductivista, así como de los cambios y reacomodos en la familia tradicional nuclear, al reconocerse la diversidad de formas y arreglos familiares y derechos de las mismas, como del cuestionamiento a la

división “natural” del trabajo, donde el maternazgo se amplía a las labores domésticas “propias del sexo femenino”.

En el trabajo doméstico las mujeres invierten un total de 49.6 horas a la semana y los hombres 7.7 horas a la semana. En el cuidado de los niños, las mujeres invierten 14.7 horas a la semana y los hombres sólo 4.7 horas a la semana (Rendón, 2003:87).

Estas inequidades no obstante de vivirse o padecerse de manera individual o aislada, son el resultado de un pacto social en quiebre, que debe de replantearse de manera estructural, y donde la desnaturalización del sistema de género binario es una labor pendiente.

Los testimonios de Karla y de Virginia reafirman esta mirada crítica que cuestiona los papeles tradicionales de género:

Mi esposo me dijo ¡yo sé que no quieres que tengamos un hijo porque tienes la idea de que tú te vas a quedar sola con el niño!... y yo le dije ¡por supuesto! Y pensé ¡claro idiota!, cualquier mujer que tenga amigas, que tenga madre, que tenga hermanas, sabe que al fin y al cabo ¡una es la que se jode!

La reflexión de Virginia es más amplia, porque pone el punto sobre las íes al señalar como todo el asunto de los cuidados domésticos recae sobre las mujeres, con el desentendimiento de los hombres, de las empresas y del Estado, y donde además todo se resuelve con la subcontratación del trabajo doméstico de otra mujer, que con su labor contribuye a que la supuesta armonía de la división sexual del trabajo funcione.

Me horroriza la chinga que se paran las madres en esta vida. Me escandaliza mucho que tengamos una sociedad tan poco organizada para hacer frente a esa necesidad de los cuidados familiares, que es la necesidad del cien por ciento de las mujeres. Una sociedad que no está equipada para que las madres puedan tener una vida más o menos razonable, humana.

## Útero que no da hijos da tumores

En el campo disciplinario de la salud principalmente de la medicina occidental predomina el paradigma del sexo disomórfico, que de acuerdo con Thomas Laqueur es una invención reciente de la historia moderna:

El sexo tal como lo conocemos fue inventado en el siglo XVIII. Los órganos de la reproducción pasaron a ser lugares paradigmáticos que manifestaban la jerarquía. “Las mujeres deben su forma de ser a los órganos de la generación, y en especial al útero, afirmaba un médico en el siglo XIX (Laqueur, 1994: 258).

El predominio de este paradigma reproductivista se puede documentar con las coacciones y dificultades que enfrentan las mujeres y/o las parejas que optan por no reproducirse, cuando asisten a los servicios de atención médica. Por ejemplo Judith Daniluk de la Universidad de Columbia en Canadá dice lo siguiente:

Los miembros de la comunidad médica, siguen promoviendo el embarazo y el amamantamiento como curas para una multitud de malestares, como son los trastornos menstruales, la apoplejía, varias formas de cáncer, y de enfermedades cardíacas. Asimismo señala que los médicos persuaden a las mujeres “infértiles”, para que entreguen sus cuerpos a someterse durante años a las experimentaciones y pruebas médicas, bajo la esperanza de alcanzar algún día el hijo esperado. Señala también que de acuerdo con los teóricos de la psicología, las mujeres sin hijos son caracterizadas como egoístas, como narcisistas y como proclives a sufrir por una “incompletud de su feminidad” (Daniluk, 1997).

En el caso de las mujeres entrevistadas para esta investigación, se compartieron los siguientes testimonios que dan cuenta de estas formas de presión pro-natalistas y generadoras de angustia en las pacientes.

A mí una sola vez un ginecólogo, al que yo quise muchísimo, me dijo que era necesario biológicamente tener familia, porque yo estaba teniendo quistes en los senos, y dijo que eran provocados psicológicamente por mi rechazo a la maternidad. Entonces, ya no lo volví a ver. Cambié de médico, porque definitivamente yo no creo en eso (Raquel).

Yo empecé con una enfermedad que se llama endometriosis. No sé si has oído de esto, se supone que menstruas para afuera, pero con esta enfermedad tu menstruación se queda adentro y se te van formando “costras”, y empiezas con unos dolores, cólicos y problemas terribles.

Cuando finalmente el médico me “abre y me limpia”, me dijo que la única cura para la endometriosis era que yo tuviera hijos.<sup>6</sup>

Entonces yo le dije que no iba a tener hijos por receta médica, que de ninguna manera, que mi decisión era no tenerlos. Incluso no me creyó, o sea de esos médicos machistas y me dijo, es que quiero hablar con tu marido para ver si él está de acuerdo con esto y le dije, no tiene que hablar con nadie, pero pos si quiere hable con él (Emma).

Muchas veces cuando oigo a los ginecólogos a mí se me hacen absolutamente ignorantes: ignorantes de la sexualidad, ignorantes de los procesos sociales. La forma que yo tengo de enfrentarme a los ginecólogos, es muy utilitarista. Voy con ellos, me hacen el *papanicolaou*, me revisan y ya.

Pero no los escucho mucho, porque tienen una visión muy tradicional y limitada de la vida, por lo menos los que yo he conocido, a lo mejor hay gente mucho más preparada. Pero te puedo decir que de los que yo he conocido por todos he pasado por la experiencia de “ya te diste cuenta que la posibilidad de que

<sup>6</sup> Consúltense el libro de Emily Martin *The women in the body* para constatar el lenguaje despreciativo de la ciencia médica respecto al cuerpo femenino.

tengas cáncer es más elevada. O sea, no has tenido hijos, por lo tanto... cáncer de seno”.

Creo que los médicos también tienen una actitud muy de yo tengo el poder del conocimiento y tú vas a tener que tomar la decisión de hacer lo que yo digo. Pero cuando tú llegas con un médico y le dices que eres investigadora y no aceptando su actitud, ya no te echan el rollo (Rocío).

Otro ejemplo de la actitud de los médicos que tratan a las mujeres como menores de edad, lo ilustra el caso de Gaby. Ella dice:

Yo sí me he encontrado con algunas bronquillas con los doctores, Antes de casarnos Rogelio y yo pensamos en la posibilidad de que él se operara o yo me operara, para de veras no tener hijos. En ese entonces visitamos a un doctor para ver si yo me podía operar, o él se podía hacer la vasectomía. Bueno, el rechazo del doctor fue enorme, fue terrible, así de “¿cómo se les ocurre pensar en eso?! Incluso Rogelio dijo, pues que Gaby no se haga nada, yo me puedo operar, estoy dispuesto. “Es que tú no puedes tomar una decisión así, ella tiene 29 años, esperen por lo menos a que tenga los 35 que decida bien”.

Yo te puedo platicar que quizá he visitado 4 o 5 ginecólogos diferentes, hasta encontrar a uno que no se meta con mi vida, hasta encontrar a uno que no me abra los ojos de plato y diga, “pero, ¿por qué no quieres tener hijos?”

A mí me han repetido mil veces que la matriz que no da hijos da tumores, Y eso lo tengo super asumido. Es vaya, “uno de los pagos que yo tengo que hacer por mi decisión, porque yo le tengo respeto a la naturaleza”. Bueno, por algo las mujeres tenemos un aparato reproductor que está hecho para eso.

Esta idea del destino biológico del cuerpo o de la especificidad de la capacidad reproductiva potencial de los cuerpos femeninos, como algo inmanente, que se impone y que “castiga” el hecho contranatural de rechazar la función materna, es una idea dominante que sostiene

la amenaza, de tener que “pagar” por contravenir la ley de la Naturaleza, porque se considera que lo que no se usa se atrofia. Y que el “reloj biológico” imprime dicha naturalidad, que no debe alterarse. En otras palabras, es tal el peso del mandato de género que asocia que ser mujer es igual a ser madre, que el “atrevimiento” de las mujeres que deciden no serlo les genera a algunas de ellas, angustia y culpa, que se reflejará en el cuerpo a modo de castigo, ya que estos discursos culturales “construyen” los cuerpos mediante los habitus y la eficacia de la violencia simbólica (Bourdieu y Wacquant, 1995).

Sandra dice:

Yo no creo que la realización de la mujer pase por la maternidad, pero si la naturaleza te da una estructura de ovarios y de matriz, quizás el aparato si existe, tiene que funcionar por algo.

La mayoría de las mujeres entrevistadas señalaron que asisten o asistieron a consulta con psicoterapeutas o de salud mental. Este rasgo nos habla de mujeres con ingresos medios, que tienen capacidad económica para pagar este tipo de servicios, en los cuales buscan ayuda para dirimir sus deseos, sus fantasías, sus miedos y angustias personales. Cabe señalar que no todas opinaron haber llevado el tema de los hijos al análisis. Izquierdo (2004) y Butler (1998) apuntan respecto de los costos emocionales —como la angustia— que provoca no cumplir con el mandato del rol de género. Evidentemente, los costos emocionales son compartidos tanto por las mujeres con hijos como las sin hijos. Porque “persistir” en el “propio ser” contra el “ser ajeno” de la identidad social atribuida es instalar la incertidumbre en el mundo y tener que abordarla desprovista del manto protector, pero también opresor, del género (Izquierdo, 2004).

Ya sea por elección o por problemas de fertilidad, “la vida de las mujeres sin hijos, es percibida a los ojos de ciertos psicoterapeutas como una vida vacía, carente de la satisfacción y el calor que trae consigo la maternidad” (Wollet, 2001). También explica que esta visión negativa de las mujeres que permanecen voluntariamente sin hijos está basada en una serie de creencias acerca de la inadecuación

psicológica, como la falta de una habilidad para comprometerse en relaciones cercanas e íntimas. Hay una creencia generalizada de que en la juventud se te permite ser egoísta o “desmadrosa”. Pero cuando eres madre, sabes que las necesidades del hijo son primero.

Yo revisé mucho esta decisión en mi análisis, y ahí me topé con posturas muy raras, porque igual tuve una analista mujer, que me dijo: “es mejor, es mucho más maduro decidir que no vas a tener hijos, que ser una mala madre”. Que con un analista varón, que hasta de lesbiana me tachó, porque yo no quería tener hijos, y entonces tenía torcida mi identidad femenina (Emma).

Maruja cuenta que ella entró en un episodio de crisis por la ambivalencia y la alarma del “reloj biológico” de la maternidad, por lo cual recurrió al apoyo de su psicoterapeuta.

La verdad nunca, te puedo decir, nunca he reflexionado o profundizado en la cuestión... Es más ni siquiera te puedo decir si algún día tomé la decisión de no ser madre. Lo que sí te puedo decir es que a los 35 años tuve así la super crisis. Empecé a soñar mis abortos y yo estaba asustada porque tenía miedo de que yo llegara a los 70 años y me fuera a arrepentir de haber abortado, de no haber decidido tener hijos. O sea, convertirme en una moralista en ese sentido. Lo traté en el análisis y la analista me tranquilizó diciéndome que no tener hijos era una decisión muy difícil y que era evidente que a los 35 años la mayoría de las mujeres entrara en crisis. Me advirtió que es una crisis recurrente, la puedes calmar, pero más adelante se va a presentar porque es una decisión muy fuerte. Yo creo que sí es una decisión muy fuerte no tener hijos, más que tenerlos.

Aún cuando las teorías tradicionales en psicología han sido criticadas por su visión ortodoxa, la mayoría de las teorías del desarrollo de la feminidad todavía refuerzan la visión esencialmente maternalista, de la inclinación “natural” de las mujeres a cuidar a otros (Hird,

2003). En síntesis, desde una visión dominante se considera que: “Las mujeres tienen mayor oportunidad de lograr su madurez psíquica y emocional cuando aceptan la maternidad que cuando la rechazan” (Benedek, 1978: 60).

Estos testimonios han sido una muestra del peso de los constreñimientos culturales o de los discursos disciplinarios que han enfrentado las mujeres por optar la elección de no ser madres. El guión oculto de este mandato de género está presente de manera transversal en múltiples dimensiones de la vida social, como son por excelencia los discursos de los medios de comunicación, de la Iglesia católica y de ciertas políticas públicas pronatalistas, entre otras.

Es importante subrayar que la cultura es un devenir fluctuante y un campo simbólico en disputa, que se resignifica en contextos socioeconómicos reales, por la agencia de los y las actores sociales que buscan instituir nuevas formas simbólicas o culturales. Sin embargo, la disputa no se da sólo a nivel de lo simbólico, sino que tiene una relación vinculada con el contexto real de las condiciones materiales. Nos referimos en este caso, a los efectos depredadores del modelo económico neoliberal, que en países subdesarrollados, emergentes o del Sur impone condiciones de corte neomalthusianas de pobreza, ya que tener un hijo implica una gran inversión monetaria y un riesgo existencial, que en tiempos inciertos o líquidos es mejor pensar dos veces.

Como puede apreciarse en el tema de la elección de la no maternidad se articulan dimensiones de diversas índoles, culturales, sociales, económicas, demográficas, políticas e igualmente psicológicas. Las presiones o estigmatizaciones son recurrentes en todos estos ámbitos.

El esfuerzo por interpretar los sentimientos maternales como necesidades orgánicas desvele un deseo de disfrazar la maternidad como una práctica opcional. Si la maternidad llega a ser una elección, ¿qué será entonces posible? Este tipo de cuestionamiento a menudo engendra vértigo y terror con respecto a la posibilidad de perder las sanciones sociales, de abandonar un puesto y un papel social sólidos. Que este terror sea tan bien conocido le da el mayor de los créditos a la noción de que la identidad de género descansa en el inestable lecho de roca de la invención humana (Butler, 1990: 199).

## Referencias

- Beck, Ulrich y Elisabeth Beck-Gernsheim. *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona, Paidós, 2003.
- Bocchetti, Alessandra. “La indecente diferencia”, *Revista Debate Feminista*, año 3, vol. 6 (septiembre, 1992), p. 219-235.
- Bauman, Zygmunt. *Amor líquido*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Benedek, Therese. Citada en Rocío Quintal. “La vivencia de la maternidad como una elección: una exploración de los significados, las motivaciones, los afectos y las expectativas que acompañan su postergación o su evitación”. Tesis de maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNAM, 2001.
- Bourdieu, Pierre y Loïc J. D. *Respuestas por una antropología reflexiva*, México, Grijalbo, 1995.
- Butler, Judith. “Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Wittig y Foucault”. En *Teoría feminista y teoría crítica*, Seyla Benhabib y Drucilla Cornell, Valencia, Edicions Alfons El Magnànim, 1990, p. 193-211.
- Cain, Madelyn. *The childless revolution. What it means to be childless today*, Nueva York, Perseus, 2001.
- Clausen, Christopher, *To have... or not to have, Utne Reader* (en línea). Disponible en [www.utne.com/2002-07-01/to-have-or-not-to-have.aspx](http://www.utne.com/2002-07-01/to-have-or-not-to-have.aspx). (Consulta: 9 abril 2007).
- Daniluk, Judith. *When biology isn't destiny* (en línea). Disponible en: [cjc-rcc.ualgary.ca/cjc/index.php/rccl/.../319](http://cjc-rcc.ualgary.ca/cjc/index.php/rccl/.../319) (Consulta: 24 noviembre 2006).
- Defago, Nicki, *Childfree and loving it!*, Londres, Fusion Press, 2005.
- García Colomé, Nora. “Matices sobre el paisaje. Sobre el deseo de no ser madre”, Tesis de maestría en Teoría Psicoanalítica, Centro de Estudios Psicoanalíticos, 2004.
- Gillespie, Rosemary. “Childfree and feminine: understanding the gender identity of voluntarily childless women”, *Gender and Society* 17, núm. 1 (Feb., 2003), p. 122-136.
- Hays, Sharon. *Las contradicciones culturales de la maternidad*, Barcelona, Paidós, 1998.
- Hird, Myra J. “Vacant Wombs: Feminist Challenges to Psychoanalytic Theories of Childless Women”, *Feminist Review* 75 (2003), p. 5-19.

- Izquierdo, María de Jesús. “El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién? Organización social y género, *Revista Debate Feminista* 30 (octubre, 2004), p. 129-153.
- Kelly, Maura. “Women’s voluntary childlessness: a radical rejection of motherhood?”, *Women’s Studies Quarterly* 37: 3 & 4 (Fall/Winter, 2009), p. 157-172.
- Lamas, Marta. “Maternidad: ¿qué proponer como feministas?”. En *Repensar la maternidad*, Cecilia Talamantes (comp.), México, Grupo de Educación Popular con Mujeres, A. C., 1994, p. 37-50.
- Laqueur, Thomas. *La construcción del sexo*, Valencia, Cátedra/Universitat de Valencia/ Instituto de la Mujer, 1994.
- Lipovestky, Gilles. *La tercera mujer*. Barcelona, Anagrama, 1999.
- Maier, Corinne. *No Kid. 40 buenas razones para no tener hijos*, España, Península, 2008.
- Martin, Emily. *The women in the body. A cultural análisis of reproduction*, Boston, Beacon, 1992.
- Morell, Carolyn. *Unwomanly conduct. The challenges of intentional childlessness*. Nueva York, Routledge, 1994.
- Park, Kristin. “Stigma management among the voluntarily childless”, *Sociological Perspectives* 45, No. 1 (Spring 2002), p. 21-45.
- Rendón, Teresa. *Trabajo de hombres y trabajo de mujeres*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Programa Universitario de Estudios de Género, 2003.
- Wollet, Anne. *Motherhood: meanings and practices*, citada en Quintal, Rocío, La vivencia de la maternidad como una elección: “una exploración de los significados, las motivaciones, los afectos y las expectativas que acompañan su postergación o su evitación”, Tesis de maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNAM, 2001.

## TERCERA PARTE

---

# Violencia e inequidades de género

---



# Las mujeres ante la ciencia. Sus retos y aportes en género y salud<sup>1</sup>

ELSA SUSANA GUEVARA RUISEÑOR

RESUMEN: El presente texto tiene como objetivo reflexionar sobre el papel que han desempeñado las mujeres como objetos y sujetos de la medicina y las ciencias de la salud, antes y después de su institucionalización, pues si bien su participación en este campo se remonta al inicio de las civilizaciones, sus aportes suelen ser desconocidos y la existencia de múltiples barreras para incorporarse a los espacios de producción de conocimiento persisten hasta nuestros días. Pese a que las mujeres han logrado superar numéricamente a sus pares varones en la matrícula estudiantil de las facultades de Medicina, persisten condiciones de exclusión y discriminación genérica que limitan su participación en la actividad científica, invisibilizan sus aportes a la ciencia; y obstruyen sus posibilidades para ocupar los espacios de mayor prestigio y reconocimiento en las instituciones científicas y educativas.

Abordar la salud desde una perspectiva de género implica hacer un breve recuento de las condiciones sociales e históricas que subyacen a

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte del proyecto PAPIIT No. IN300411 “Las académicas como impulsoras de la carrera científica. La visión de sus estudiantes”, financiado por DGAPA, UNAM.

esta situación, así como hacer visibles los aportes de las mujeres al campo de la salud y colocar en el centro de la reflexión su relación con la ciencia. En este texto se da especial énfasis a los desafíos que han debido superar las pioneras de la medicina, y a aquellos que todavía enfrentan las estudiantes y académicas para posicionarse como sujetos epistémicos en el terreno de las ciencias de la salud. Finalmente, se hace referencia a los aportes de la teoría feminista para dar otro enfoque a la salud y producir conocimiento con novedosas herramientas teórico-metodológicas que ha permitido reflexionar en torno a diversos ejes: a) las implicaciones que tienen los valores sociales que subyacen a las nociones de lo masculino y lo femenino en la salud; b) los juegos de poder y exclusiones genéricas que tienen lugar en los procesos salud-enfermedad; c) los sesgos androcéntricos presentes en las herramientas conceptuales, epistemológicas y metodológicas que se utilizan en las ciencias de la salud; y d) la promoción de nuevas herramientas pedagógicas para la enseñanza de la medicina.

## Los antecedentes

El conocimiento científico fue un terreno vedado para las mujeres desde sus orígenes. En plena revolución científica, el conocimiento que ellas generaron fue descalificado, banalizado o ignorado, y las protagonistas, perseguidas o ridiculizadas, puesto que sus saberes retaban al conocimiento oficial y les otorgaban cierto poder que alteraba su estatus en la sociedad. Las llamadas hechiceras o brujas son la expresión más acabada de esta persecución que en la Europa de la Edad Media se ensañó con aquellas mujeres que habían desarrollado un conocimiento propio como curanderas, parteras, cocineras o nodrizas. Ser calificada como bruja significaba ser perseguida, torturada o asesinada, eran acusadas de usar sus dotes para hacer daño y se les culpaba de epidemias o pestes, pues dado que la mujer era considerada un ser débil, imperfecto y carente de inteligencia, su conocimiento sólo podía ser obra de Satanás (Walewska, 1990; Blazquez, 2008).

En esa época, dice Norma Blazquez (2008), la magia era una práctica ampliamente extendida entre la población, pero ésta se dividía en magia alta y magia baja. La hechicería, la curación y la adivinación formaban parte de la magia baja y era practicada especialmente por mujeres cuyas artes se orientaban a curar, enfermar, atraer la buena suerte, enemistar o enamorar, su fin era práctico, inmediato y material; si bien satisfacía importantes necesidades y otorgaba cierto poder a quienes la ejercían, estas mujeres fueron perseguidas porque su conocimiento se asociaba a fuerzas oscuras. Además, la persecución de las “brujas” y la violencia hacia ellas, también buscaba garantizar el control sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, terrenos donde ellas habían sido expertas desde tiempos remotos. En cambio, la magia alta, reservada sólo para hombres —clérigos o médicos—, tenía un fin espiritual y se ejercía en terrenos como la astrología, la alquimia y la nigromancia, saberes que antecieron a la ciencia moderna y que tenían alto prestigio social. Ambos procesos estaban relacionados, pues el conocimiento de las mujeres representaba una amenaza para el desarrollo de las instituciones surgidas de los poderes político, religioso y científico que sentaron las bases de la ciencia moderna. A partir de ahí, los médicos profesionales adquieren el control en las ciencias de la salud y éstas se constituyen en un campo de saber y poder erigido bajo los parámetros, intereses y visiones masculinas.

Es sabido que la actividad de las mujeres como comadronas o parteras era reconocida socialmente 500 años a.C. en la sociedad egipcia y en la griega, lo mismo que en las culturas prehispánicas de América. Pero en la Europa de la Edad Media y del Renacimiento su situación cambió y si bien siguieron ejerciendo estas actividades, lo hacían recurriendo al conocimiento tradicional que se transmitía de generación en generación. Incluso, hubo mujeres de la aristocracia que se interesaban por las ciencias de la salud y que, al no poder acceder a los estudios formales, reciben la educación en casa con profesores particulares y cursos específicos donde revisaban textos escritos por médicos y aprendían recetas, remedios y preceptos. Algunas mujeres de las clases medias también pudieron asistir a colegios femeninos en los conventos, pero las mujeres del pueblo, sólo podían convertirse

en sanadoras no profesionales al servicio de la población campesina que no tenía ni médicos ni hospitales y vivía en la más absoluta miseria. Estas médicas sin título aprendían unas de otras y se transmitían experiencias de madres a hijas o entre vecinas. Sus únicos estudios fueron la experiencia de los partos, propios y ajenos, aunque también recurrían a libros prestados por médicos amigos y en ocasiones asistían a clases de anatomía y de cirugía. Pero aún las mujeres más instruidas enfrentaron una constante descalificación de sus saberes y a finales del siglo XIV, la campaña de los médicos profesionales contra las sanadoras urbanas instruidas había conseguido su propósito en Europa: los médicos varones habían conquistado un absoluto monopolio sobre la práctica de la medicina entre las clases altas, a excepción de la obstetricia, que seguía siendo labor de las comadronas, a pesar de los conflictos de autoridad que se plantearon y del intento de marginarlas a tareas auxiliares (Alcaraz, 2005).

## Acceder a la educación profesional, la primera batalla

A mediados del siglo XIX el mundo sanitario sufre una profunda transformación: se impone el carácter científico de la medicina, se desarrollan los conceptos de la higiene y la prevención, y los Estados asumen la preparación formal de los profesionales que les permitirán enfrentar sus responsabilidades sanitarias. Si bien ello tuvo importantes beneficios en la salud de la población, hizo más difícil para las mujeres incorporarse a la medicina, pues se les imponían complicadas barreras para acceder a la educación formal de las universidades y quedaban fuera de las comunidades profesionales. Sin embargo siguieron utilizando los remedios experimentados durante años y que habían servido como analgésicos, digestivos o tranquilizantes, muchos de ellos preparados con hierbas que aún hoy forman parte de la farmacología moderna, pero esto las colocaba en una jerarquía social inferior y sin reconocimiento del gremio médico, así que una de sus principales tareas va a ser la lucha que emprenden para ingresar a las universidades.

Esta lucha tuvo diferentes expresiones en cada país, en México el cambio para que las mujeres pudieran acceder a la educación formal se empieza a gestar de manera lenta pero inexorable durante el gobierno liberal del presidente Benito Juárez, cuyas reformas permitieron a las mujeres ingresar a las aulas universitarias. Primero, con la ley de educación que hizo obligatoria la instrucción primaria para ambos sexos promulgada hacia 1861, y después, con la fundación de la Escuela Secundaria para Niñas en 1869. Sin embargo, la educación de las niñas en estas instituciones estaba orientada a reforzar el papel de esposa y madre, mientras se restringía su acceso al conocimiento científico, pues los programas de estudio sólo contaban con una asignatura en ciencias y las demás estaban relacionadas con la familia y la formación de valores. En cambio, en la Escuela Nacional Preparatoria (sólo de varones), contaban con más materias y nueve de ellas estaban relacionadas con las ciencias, mientras que sólo una estaba orientada a los valores (González, 2006).

Durante el porfiriato la Secundaria para Niñas se transformó en la Normal de Profesoras, en 1889 y se creó la Escuela de Artes y Oficios para mujeres en 1871. Con ello se buscaba incluir a las mujeres en el proyecto modernizador del país,<sup>2</sup> pero se continuaba limitando su acceso al conocimiento científico, de tal manera que sólo 14% de sus materias en la Normal de mujeres eran de ciencias naturales y exactas, mientras en la Normal de Profesores era 19%. En cuanto al profesorado, los hombres sin excepción enseñaban en la Normal de varones; en la de mujeres, había docentes de ambos sexos pero eran los profesores quienes daban las clases de ciencias, mientras las profesoras impartían economía doméstica, labores

<sup>2</sup> Estas políticas educativas enfrentaban posturas encontradas, pues mientras algunos consideraban que sólo se debía consolidar el papel de las mujeres como educadoras al interior de la familia, otros pensaban que se les debía educar para participar en tareas más amplias y con ello erradicar la ignorancia y el atraso que limitaban el progreso de la sociedad. Entre los primeros estaba el clero católico que se oponía a la educación de las mujeres fuera del hogar, mientras entre los segundos se encontraban personajes como Gabino Barreda o Justo Sierra.

manuales y gimnástica, además ellas ganaban menos que sus colegas<sup>3</sup> (González, 2006).

Un acalorado debate se da en aquellos años respecto a la conveniencia de las escuelas mixtas, pues hasta ese momento las escuelas eran sólo de hombres o mujeres, y esta segregación permitía programas de estudio diferenciados que las excluían a ellas de la formación científica.<sup>4</sup> Se trataba de un ambiente cultural que recogía los argumentos de connotados pensadores europeos según los cuales existían bases “científicas” para oponerse a la educación de las mujeres.<sup>5</sup> Estos eran reproducidos en revistas educativas que se dirigían principalmente a las maestras de primaria para desalentarlas de acercarse al conocimiento científico, ahí se les recomendaba no estudiar ciencias argumentando que: “El exceso de instrucción científica ataca el organismo de la mujer [...] la anemia y el neurosismo se apoderan de ellas y los hijos que

<sup>3</sup> Con todo, las mujeres fueron abriendo caminos en distintos frentes y finalmente logran entrar a la Nacional Preparatoria en 1883, en 1887 se gradúa la primera mujer en Medicina, en 1898 la primera abogada y en 1910 ingresa a la Universidad la primera ingeniera. La exclusión de las mujeres de la educación superior era una práctica extendida en todos los países, pues apenas en 1884 Noruega otorga el derecho de entrada a las mujeres a las universidades, en Inglaterra en 1869, en Suiza en 1860, Francia en 1880 y Estados Unidos en 1837 (Alvarado y Becerril, 2010).

<sup>4</sup> Quienes pugnaban por mantener esta situación, utilizaban como argumento la incapacidad de las mujeres para el trabajo intelectual. El director de la Normal de Monterrey afirmaba: “El hombre necesita una educación viril, ideas de progreso y cierto orden, nociones científicas [...], mientras que la mujer en mi concepto –porque no soy de los que creen que el cerebro de la mujer es capaz de llegar a trabajos intelectuales de primer orden– su educación debe ser diversa a los fines a que se encamina la de los varones” (Segundo Congreso de Instrucción, 1891; citado en González, 2006).

<sup>5</sup> Debemos recordar que las diferencias biológicas entre hombres y mujeres servían como argumento para justificar la inferioridad intelectual de las mujeres, pensadores como Montesquieu, Durkheim, Rosseau o Darwin sostuvieron argumentos en ese sentido. Las mujeres brillantes de esa época desmentían tales supuestos, pero éstas eran consideradas desviaciones de la naturaleza, Le Bon considerado el padre de la psicología social, escribió sobre las científicas en 1879: “ellas son tan excepcionales como el nacimiento de cualquier monstruosidad, tal como por ejemplo, la de un gorila con dos cabezas, consecuentemente nosotros podemos ignorarlas completamente” (citado por Walewska, 1990).

tienen son débiles y enclenques” (*El Magisterio Nacional*, 1905; citado por González 2006).

En ese contexto tienen lugar las luchas que debe dar Matilde Montoya para convertirse en la primer médica mexicana. Ella solicita su inscripción en la Escuela de Medicina de Puebla donde es aceptada en una ceremonia pública a la que asistieron el Gobernador del Estado y destacados miembros de la sociedad, sin embargo, los sectores más radicales publicaron un artículo encabezado con la frase: “Impúdica y peligrosa mujer pretende convertirse en médica”. Agobiada por las críticas, decidió regresar con su madre a la Ciudad de México, donde por segunda vez solicitó su inscripción en la Escuela Nacional de Medicina y es aceptada en 1882 a los 24 años. Las publicaciones feministas y un amplio sector de la prensa la apoyaban, pero no faltaron quienes opinaban que “debía ser perversa la mujer que quiere estudiar Medicina, para ver cadáveres de hombres desnudos”.<sup>6</sup> Pese a todo se gradúa en 1887, establece su consulta (siempre tuvo un consultorio gratuito y uno de paga) donde atiende principalmente niños y mujeres, y se retira a una edad avanzada. Participó en asociaciones femeninas como el “Ateneo Mexicano de Mujeres” y “Las Hijas de Anáhuac”, pero no fue invitada a ninguna asociación o academia médica que eran exclusivas para varones. En 1923 asistió a la Segunda Conferencia Panamericana de Mujeres, que se realizó en esta ciudad y dos años después, junto con la doctora Aurora Uribe, fundó la Asociación de Médicas Mexicanas (Carrillo, 2001; Asociación Nacional de Médicas Mexicanas, 2012).

Las feministas que luchaban por el acceso de las mujeres al conocimiento y cuestionaban los discursos dominantes, crearon medios de difusión para hacer escuchar su voz. El caso más destacado es el de *Violetas del Anáhuac* (1887-1889), una publicación hecha por mujeres

<sup>6</sup> Como señala Carrillo (2002), ella había solicitado que se cubrieran los cuerpos que utilizarían en sus prácticas, pues exponerse ante un cadáver desnudo en presencia de su compañeros varones resultaba un agravio, pero como esto no fue posible se le autorizó a realizar sola en el anfiteatro sus prácticas de disección, lo que debió ser una tarea por demás penosa.

ilustradas de la época que, utilizando el propio discurso civilizatorio de los sectores progresistas, defiende la igualdad racional entre hombres y mujeres, promueve la educación científica de su congéneres y empieza a cuestionar los modelos femeninos tradicionales. Se trata de una aventura intelectual que coloca a las mujeres como nuevos sujetos vindicativos y que dará lugar a otra publicación denominada *La Mujer Mexicana*, y a la primera organización feminista de la que se tiene noticia en el Distrito Federal: la “Sociedad Protectora de la Mujer”<sup>7</sup> (Infante, 2001).

Estas mujeres resultaban atípicas en un país católico y conservador, pues pertenecían a los sectores medios e instruidos de la capital; estaban al tanto del movimiento feminista internacional; escribían y se agruparon en torno a un movimiento político ya no sólo literario; y eran trabajadoras calificadas que ejercían como normalistas o profesionistas. Una de ellas, Dolores Correa (1853-1924) se distingue porque se asumió como feminista y cuestionaba que la naturaleza determine la capacidad intelectual de las mujeres, ella afirmaba: “La mujer ha estado confinada a un puesto de inferioridad y dependencia respecto al hombre, por leyes sociales, no por leyes naturales” (*México Intelectual*, 1903); impugnaba los argumentos acerca de las deficiencias que generaba en las mujeres el estudio de las ciencias y alentaba a sus alumnas de la Normal para que estudiaran áreas científicas, como ejemplo ofrecía el caso de la médica Columba Rivera segunda mujer en titularse en Medicina (texto publicado en *México Intelectual*, 1903, citado por González 2006).

Sin embargo, cursar educación superior representaba costos en la vida personal y amorosa de estas mujeres, que con frecuencia debieron asistir a la escuela con su madre sentada en el banquillo adjunto, como ocurrió con Matilde Montoya, y también asumir una vida de solteras, una situación que representaba un estigma en esa sociedad, pues el matrimonio era un paso obligado para todas las jóvenes y era casi el único medio de obtener respeto y reconocimiento social. Así ocurrió con

<sup>7</sup> La mesa directiva estaba formada por Dolores Correa Zapata (maestra normalista), María A. Sandoval Zarco (primera abogada) y Columba Rivera (segunda medica titulada).

varias de las pioneras de estas luchas quienes no se casaron. Ellas abrieron brecha para el acceso de las mujeres al conocimiento, pero debieron enfrentar a una sociedad que no permitía conciliar su capacidad intelectual con su condición femenina (Cano, 1991; Carrillo, 2001).

Durante las primeras décadas del siglo XX las mujeres empezaron a ingresar a las universidades, pero con enormes dificultades para ser reconocidas y sin que se les permitiera abandonar su posición simbólica ligada a lo doméstico y la familia, pues ahora ya no se hacía referencia al daño que el conocimiento hacía a su salud, sino al daño que se hacía a la sociedad si ellas descuidaban su rol en la familia. Con todo, cada vez más mujeres se atreven a incursionar en distintas profesiones y para 1936 habían egresado 84 médicas de la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM, superando todas las dificultades familiares, sociales, económicas y culturales de la época (Castañeda y Rodríguez, 2010).

Será hasta la década de los setenta, con la segunda ola del feminismo y la puesta en vigor de nuevas políticas educativas cuando se eliminan las barreras formales para que las mujeres accedan a la educación superior. Entonces, dará inicio una nueva fase de la lucha por la equidad, pues las mujeres enfrentarán otras barreras que limitarán su acceso a los terrenos más prestigiados de la ciencia, resultado de las asimetrías de género en las políticas educativas y científicas, las estrategias pedagógicas impuestas en las instituciones de educación superior y las frecuentes prácticas sexistas de docentes, autoridades y compañeros. Asimismo, las universitarias deben enfrentar el androcentrismo presente en los planes y programas de estudios de todas las carreras, que invisibiliza los aportes de las mujeres a la ciencia y excluye las dimensiones consideradas “femeninas” del conocimiento científico.

## La batalla por la equidad en el terreno de la ciencia

Uno de los cambios fundamentales que tiene lugar en la segunda década del siglo XX es el ingreso masivo de las mujeres a las universidades, pues las necesidades de modernización del país obligaron al Estado mexicano a ampliar significativamente la matrícula en educación

superior. Eso abrió oportunidades sin precedente para las mujeres que, entre 1960 y 1982, incrementaron 135% su presencia en estos espacios, mientras los varones lo hicieron sólo en un 59% en ese mismo lapso (Cardaci, 2004). Pero además, creció de manera importante su número en las carreras liberales que, dado su prestigio y reconocimiento social, habían tenido un absoluto predominio masculino, como la de medicina, donde las mujeres pasaron de constituir un 19% en 1970 a un 65.5% en 2012 (FUNSALUD, 2003; Agenda Estadística UNAM, 2012). A pesar de ello, las mujeres no han logrado ser mayoría en los puestos de decisión ni en la planta docente, por ejemplo, las académicas de la Facultad de Medicina de la UNAM representan apenas 37% del personal académico, y en el área de medicina y ciencias de la salud del Sistema Nacional de Investigadores, constituyen sólo 20% de quienes se encuentran en el nivel III, pese a que ahí se concentran carreras como enfermería donde más de dos tercios de la población estudiantil son mujeres. (Blazquez, 2012).

Esta situación es resultado de la forma en que funcionan los regímenes de género en las instituciones educativas, que se expresa tanto en una discriminación territorial y jerárquica presente en la estructura y organización de estas instituciones educativas,<sup>8</sup> como en una variedad de prácticas cotidianas que incluyen acciones abiertas de discriminación y hostigamiento, así como actos más sutiles de sexismo y descalificación. Con frecuencia estas prácticas pueden pasar

<sup>8</sup> En virtud de la discriminación territorial, se relega a las mujeres a ciertas áreas de la actividad científica, áreas marcadas por el sexo, tales como computar datos astronómicos, o clasificar y catalogar en historia natural. Eso se traduce, entre otras cosas, que determinadas carreras sean más “femeninas” que otras y en que ciertos trabajos, “feminizados”, adquieran menor valor que otros. O también en que determinados trabajos se consideren “rutinarios” o no se estimen “teóricos” es decir, importantes por el hecho de ser realizados por mujeres. La discriminación jerárquica, según la cual científicas capaces y brillantes son mantenidas en los niveles inferiores de la escala de la comunidad o topan con un “techo de cristal” que no pueden traspasar en su profesión. Las mujeres están excluidas de facto de las redes informales de comunicación, cruciales para el desarrollo de las ideas. Es decir, soportan formas encubiertas de discriminación que siguen pautas muy sutiles (González y Pérez, 2002).

desapercibidas por la comunidad académica porque forman parte de los parámetros culturales con que se codifica a las mujeres, pero para las universitarias representa un enorme desgaste físico y emocional enfrentar continuamente estas acciones, que van desde ignorarlas, menospreciar sus contribuciones o hacerles sentir que no podrán lograr sus metas, todo ello tiende a desalentarlas y puede llevarlas a abandonar la idea de incursionar en áreas de mayor prestigio profesional (Guevara, 2009). Estas prácticas no sólo son ejercidas por los varones, sino por profesoras que legitiman la visión meritocrática y competitiva del mundo masculino en que se formaron, han aprendido que es la forma de obtener reconocimiento social y asumen los obstáculos vividos como parte de los costos que deben pagar las universitarias por formarse en especialidades con alto prestigio social. Se trata, como dice Roberto Castro (2014), de la conformación de un *habitus* médico, profundamente autoritario y jerárquico, que asume como un supuesto implícito la condición de subalternidad de las mujeres. Este *habitus* se configura y legitima durante la formación profesional en las escuelas de medicina, de manera que es asumido por varones y mujeres como parte de un *ethos* profesional no cuestionado, ello limita la capacidad de las mujeres para reconocerse como sujetos vindicativos y para establecer relaciones de solidaridad entre ellas y con sus alumnas. Un ejemplo de ello lo encontramos en el testimonio de esta estudiante de medicina:

Tuve un maestro en 2º año que decía que una mujer nunca iba poder ser cirujana. Pero también las mujeres que son doctoras, veo que muchas de ellas llevan una cierta amargura, por lo que a ellas les costó su carrera, ya que antes era más difícil estudiar medicina, y como que sí conservan esa amargura. Tuve una maestra de gastro el año pasado, y era la única mujer en su generación de gastroenterólogos, y cada vez que se refería alguna anécdota de su residencia lo contaba con cierta amargura. Y ahora que nos veía a tantas mujeres como que en lugar de darle gusto lo veía con cierto recelo y decía: *es que para ustedes es más fácil muchachas, para mí fue más difícil* (Moreno y Cabrera, 2012, p. 206).

En todas las carreras las estudiantes enfrentan obstáculos asociados a su condición de género, pero las condiciones de discriminación y sexismo varían de una carrera a otra dependiendo de los regímenes de género que privan en cada ambiente profesional, así que éstas se agudizan en carreras donde las jerarquías están fuertemente establecidas. Por ello, la carrera de medicina se convierte en un terreno propicio para actuar en contra de las mujeres, estudiantes o docentes, pues la rigidez de la estructura jerárquica otorga un gran poder a quienes ocupan las posiciones de mayor jerarquía lo que genera enorme vulnerabilidad entre ellas y limita sus posibilidades de resistencia. En ese ambiente, el sexismo puede manifestarse mediante elevados niveles de violencia en contra de las mujeres que incluso llega a la agresión física, como lo muestra una investigación realizada entre estudiantes de medicina de la UNAM (Moreno *et al*, 2012), ahí las chicas y sus compañeros varones relatan diversas formas de violencia que viven médicas internas por parte de médicos adscritos, residentes y de algunas médicas, pacientes y personal de enfermería. Los tipos de violencia son principalmente: hostigamiento sexual, discriminación de género y menosprecio a su trabajo; poco reconocimiento a su saber e investidura profesional, violencia verbal y psicológica, así como un trato preferente hacia los varones internos por parte de algunas enfermeras, médicos adscritos y residentes. Se trata de un clima “crónico de violencia” del que las estudiantes difícilmente pueden escapar, porque no cuentan con los recursos institucionales, simbólicos ni colectivos para enfrentar a todo un sistema que actúa en contra de ellas.

## Sus aportes al conocimiento

Por ello la lucha de las mujeres no ha cesado, pues una vez que se derribaron las barreras formales que impedían su acceso a la educación superior, debieron librar otras batallas para ser reconocidas como sujetos epistémicos y rescatar los aportes de sus antecesoras. Si bien a lo largo de la historia han realizado contribuciones invaluableles al conocimiento científico, sus aportes son desconocidos por gran parte

de las comunidades profesionales y científicas. Como señala Norma Blazquez (2008) estos aportes se han mantenido ocultos por tres razones: a) porque su trabajo no se reconocía; b) porque se acreditaba a otros; c) porque se clasificaba como no científico. Para superar esta situación se ha impulsado la investigación sobre género y ciencia orientada, entre otras tareas a: 1) documentar las historias de mujeres pioneras en diversos campos de conocimiento que las rescaten del olvido y se reconozca su presencia en la historia de las disciplinas; 2) difundir los aportes de las mujeres a la ciencia que suelen ser ignorados o desconocidos por las comunidades académicas porque fueron apropiados por sus colegas varones sin otorgarles reconocimiento; y 3) destacar la forma en que la incursión de las mujeres en un área de conocimiento ha cambiado la perspectiva de un campo de estudio, lo que ha llevado a ampliar el debate teórico y epistemológico para replantear el lugar de las mujeres en la ciencia.

En el primer caso, se ha recurrido tanto a la investigación histórica y la investigación de campo para documentar los aportes de las mujeres pioneras. Proyectos como el de Norma Blazquez y Olga Bustos (2008) contribuyeron a este objetivo al documentar las trayectorias académicas y personales de científicas contemporáneas que fueron pioneras en distintos campos de conocimiento y que han resultado en un importante capital para la ciencia en México. Otro ejemplo de esta tarea de rescate y reconocimiento de las científicas, lo encontramos en las actividades que realiza el Grupo Mujer Ciencia, quienes promueven diversos programas de difusión sobre las investigaciones y aportes de las mujeres científicas en nuestro país. En el caso de la medicina, destaca el trabajo realizado por Carrillo (2001) y por Castañeda y Rodríguez (2010), quienes se avocaron a elaborar las biografías de las médicas pioneras en México, mediante investigaciones que documentan las condiciones sociales y familiares que permitieron a mujeres como Matilde Montoya y las primeras 84 médicas mexicanas convertirse en profesionales de la medicina.

En el segundo caso, diversas investigaciones se han orientado a la difusión y los aportes de mujeres científicas como: Rosalind Franklin, Joselyn Bell o Sabina Spielrein en la biología, la astrofísica o el

psicoanálisis. Ahí es posible conocer sobre la importancia de los trabajos de Rosalind en la determinación de la estructura del ADN, descubrimiento por el que J. Watson, F. Crick y M.H. Wilkins obtuvieron el premio Nobel en 1962 sin que nunca hubieran reconocido los aportes de su colega. En el caso de Bell, ella fue la descubridora de los pulsares, pero el premio Nobel se lo dieron a A. Hewish el astrónomo que dirigía su tesis. Spielrein publica un artículo en 1912 donde por primera vez aparece la idea de impulso de muerte y su relación con el impulso sexual, Jung y Freud hicieron uso de sus ideas pero tampoco le dieron el crédito (Herrera, 1987).

Con estas investigaciones se ha podido hacer evidente que las mujeres no han estado ausentes de la ciencia, sino que ha sido el silencio y la persistente falta de difusión sobre sus aportes lo que las ha mantenido en el olvido, además permite cuestionar la tesis de que sólo aquellas con un talento excepcional lo lograron, pues es evidente que sólo algunas pudieron superar las barreras que la sociedad les impuso, muchas de las cuales persisten bajo nuevas modalidades. Ello ha abierto toda una línea de investigación, en especial en el campo de educación para la ciencia, que desmiente la tesis de que la escasa presencia de las mujeres en los puestos más relevantes del campo científico es el resultado de talentos diferentes entre hombres y mujeres (una versión moderna de la inferioridad intelectual de las mujeres), sino que deriva de la forma en que funcionan los regímenes de género en el terreno de la educación y la ciencia.

Un ejemplo de ello lo encontramos en el reducido número de mujeres en el Sistema Nacional de Investigadores, donde 80% de quienes cuentan con nivel III del área de Medicina y Ciencias de la Salud son varones (Blazquez, 2012), situación que es producto de diferentes factores asociados al orden de género y no a que los varones tengan más talento. Los resultados de la investigación de Moreno y Cabrera (2012) y de Solís, (2014) permiten constatar esta tesis, pues muestran que mayor proporción de mujeres se interesan por dedicarse a la investigación, sin embargo, se puede augurar que ellas tendrán más dificultades para alcanzar sus objetivos que sus compañeros varones, pues viven condiciones más adversas en la carrera y mencionan

mayores obstáculos para dedicarse a la investigación, en especial se refieren a los que impone la comunidad científica, la cual fue calificada como una comunidad elitista y cerrada.

En el tercer rubro de la investigación sobre género y ciencia, se ha podido destacar la forma en que la incursión de las mujeres en un área de conocimiento ha cambiado la perspectiva de un campo de estudio, lo que ha promovido nuevos ejes teóricos y analíticos sobre el quehacer científico y los sujetos de conocimiento. Es decir, al reconocer que la ciencia se institucionaliza bajo los valores positivistas y racionales de una actividad objetiva, analítica y neutra, valores que son política e ideológicamente masculinos, es posible cuestionar el estatuto de universalidad que se le atribuye. Así, las disciplinas al decantarse de ese discurso androcéntrico que encierra a la ciencia en marcos interpretativos de la realidad que eliminaron o descalificaron todas las dimensiones consideradas femeninas como la subjetividad, los sentimientos o la intuición, se dieron a la tarea de construir nuevos paradigmas que permitieran ampliar los horizontes teóricos y epistemológicos de la ciencia y construir nuevos parámetros de la actividad científica (Keller, 1995).

Por tanto, la incursión de las mujeres en el terreno de la ciencia ha permitido avances sin precedentes en la ciencia misma y en su lucha para ser reconocidas como sujetos epistémicos; su posición como científicas las ha colocado en condiciones de cuestionar su propio estatuto en la sociedad y de aportar nuevas perspectivas en la construcción del conocimiento que benefician a las mujeres y a la humanidad en su conjunto. Han creado herramientas teóricas, conceptuales y metodológicas que permitieron desmentir los supuestos sobre la inferioridad intelectual de las mujeres con los cuales se pretendió descalificar su autoridad epistémica; desmontaron también los supuestos sexistas y misóginos del conocimiento mediante una crítica constructiva sobre los criterios sesgados que rigen las prácticas científicas en todas las áreas de conocimiento; y finalmente, utilizaron los aportes de la teoría feminista para crear nuevas perspectivas en el abordaje clínico y científico en las ciencias de la salud.

## Sus aportes al terreno de la salud

Los aportes de las mujeres al terreno de la salud tienen una larga data, pues como se mencionaba al principio de este texto, ellas ejercieron durante siglos como sanadoras, enfermeras y parteras, e incluso ejercieron la cirugía y la medicina preventiva, pero sus actividades siempre mantuvieron un estatus inferior al de los varones. El caso más ilustrativo es el de la partería que, durante años no formó parte del quehacer de la medicina, sino que era una práctica social vinculada al ámbito doméstico donde las mujeres tenían un papel protagónico. Para el siglo XIX en que se impone el carácter científico de la medicina y la atención del parto pasa a formar parte de una especialidad médica, las parteras van a ocupar un lugar subordinado en la estructura sanitaria porque su conocimiento era considerado como no científico, pese a que tenían una preparación más amplia y profunda sobre la materia y que ellas no sólo se encargaban de traer al mundo al bebé, sino también de los preparativos sociales y del cuidado continuado de la madre. Además, la medicalización del parto con frecuencia tuvo efectos nefastos en la salud de las mujeres y las privó de un control que habían ejercido sobre los procesos reproductivos de su cuerpo, en la medida en que se impuso sobre ellas el saber omnipotente de la medicina y el poder rotundo de los médicos varones.

Ana Ma. Carrillo (2002) señala que para 1887 año en que Matilde Montoya se instala en Puebla como partera, tuvo gran clientela porque las mujeres la preferían dada la poca experiencia que tenían los médicos de esa época en la obstetricia. Ellos recurrían con frecuencia a prácticas agresivas que sangraban a las puérperas y embarazadas; imponían la posición de decúbito supino o francesa que era cómoda para el ginecólogo pero no para las mujeres; hacían una administración irracional de los ocitócicos, lo que llegaba a causar retención de la placenta; empleaban el fórceps en casi todos los partos, lo que llegaba a causar luxaciones al feto o ruptura del útero. Por eso fue que las mujeres lucharon por tener acceso a la universidad, pues esto les daba legitimidad a su conocimiento y un estatus en la práctica de la medicina que siempre se les había negado.

Además de la obstetricia, las mujeres también incursionaron en otras áreas como la cirugía y la medicina preventiva, el caso más conocido es el de Mary Wortley Montagu que, a principios del siglo XVIII, impulsó en el Reino Unido y el resto de Europa medidas preventivas contra la viruela y Mme. D'Arcanville que introdujo el uso del bicloruro de mercurio como antiséptico en 1766, pero también se debe a mujeres notables algunos de los avances de la medicina como a Helen Brooke Taussig (1898-1986) que concibió la idea de la corrección quirúrgica de las malformaciones cardíacas o Ida Hyde (1857-1945) fisióloga que inventó un micro electrodo para el registro de la actividad de células (Alic 1991; Rodríguez y Silva, 2003); y más recientemente, algunas mujeres han alcanzado incluso el premio Nobel en medicina.<sup>9</sup>

Pero tal vez uno de los aportes más significativos de las mujeres al terreno de la salud, proviene de las nuevas perspectivas que se proponen desde la teoría feminista para dar otro enfoque a la salud y producir nuevo conocimiento con novedosas herramientas teórico-metodológicas. Ello ha obligado a la comunidad científica a reflexionar en torno a las implicaciones que tiene en la salud los valores sociales que subyacen a las nociones de lo masculino y lo femenino; en los juegos de poderes y exclusiones genéricas que tienen lugar en los procesos salud-enfermedad; en las asimetrías que se derivan de la condición de género de los sujetos que producen el conocimiento médico, así como los sesgos

<sup>9</sup> Entre las pocas afortunadas que se vieron recompensadas con un Nobel en medicina están: Gerty Theresa Radnitz Cori, galardonada en 1947 por sus descubrimientos sobre el metabolismo del glucógeno y los efectos de la insulina; Rosalyn Yalow, que lo obtuvo en 1977 por sus trabajos en el desarrollo del radioinmuno ensayo de las hormonas peptídicas, que permiten diagnosticar ciertas enfermedades como la diabetes; la genetista estadounidense Barbara McClintock, quien lo obtuvo en 1983 por su descubrimiento de elementos genéticos móviles; la neurobióloga italiana Rita Levi-Montalcini, que en 1986 lo obtuvo por sus descubrimientos sobre los factores de crecimiento nervioso; en 1988 fue la química estadounidense Gertrude B. Ellion por sus descubrimientos sobre los principios de tratamientos por medio de drogas; la bioquímica alemana Christiane Nusslein, que en 1995 lo recibió por su identificación de unos 120 genes de efecto materno que controlan el desarrollo embrionario temprano (Alcaraz, 2005).

androcéntricos presentes en las herramientas conceptuales, epistemológicas y metodológicas que se utilizan en las ciencias de la salud.

En el campo de la educación, el feminismo ha colocado en el centro de la reflexión los regímenes de género presentes en las prácticas cotidianas y las estructuras institucionales de la escuela. Se ha encargado de analizar la forma en que circulan los micro y los macro poderes en la academia a partir de las reglas y los mecanismos de evaluación y reconocimiento que se imponen tanto al alumnado como al profesorado; ha develado como se construyen y legitiman ciertas prácticas de exclusión genérica mediante los discursos institucionales, los planes y programas de estudio y las propuestas pedagógicas que se instalan. A su vez, la investigación educativa ha permitido constatar que si bien las mujeres han ingresado a la escuela en la misma proporción que sus compañeros varones, en realidad siguen siendo las “otras” en los espacios educativos, porque la escuela coloca en desventaja a las niñas y jóvenes mediante los sesgos de género presentes en: sus programas formales (qué se enseña, cómo se enseña); sus programas ocultos que definen expectativas y aspiraciones respecto de los varones y las mujeres; la relación del profesorado con sus estudiantes; los lenguajes que se utilizan en el aula; las reglas que les imponen; los espacios que ocupan unos y otras; los recursos diferenciales a los que tienen acceso; el poder que detenta cada uno y el distinto valor que reciben sus actos (Mingo, 2006).

Otra de sus aportaciones más luminosas, ha sido la propuesta de la pedagogía feminista (Maffía, 2007) que replantea los procesos educativos bajo nuevas modalidades éticas y políticas. Las acciones que promueve en el contexto específico de la escuela son de gran trascendencia para facilitar la apropiación del conocimiento por parte de las mujeres, su propuesta de atender las necesidades educativas de las mujeres y modificar un sistema educativo tradicional que suele privilegiar las necesidades e intereses de los varones, resulta de la mayor trascendencia. Al utilizar la posición de autoridad que detentan las académicas para fomentar relaciones de complicidad y guía con sus estudiantes, la práctica pedagógica se vuelve una importante herramienta política e intelectual que permitirá a las mujeres enfrentar en

mejores condiciones las dificultades asociadas a su posición de género en las instituciones de educación superior y potenciar sus capacidades dentro y fuera del aula.

Finalmente, a las mujeres se debe las políticas institucionales sobre género y ciencia que distintas instituciones académicas norteamericanas y europeas (Informes MIT 2002; Informe ETAN, 2000; Informe EN-WISE, 2004) han impulsado. En estos documentos, se plantea la necesidad de crear medidas que atiendan la desigualdad que viven las mujeres en el campo de la ciencia, tanto por un principio de justicia social como por razones de beneficio hacia la ciencia, pues todas las mujeres que no pueden progresar en la carrera científica representan una pérdida para cada país, dado el desperdicio de talento y recursos humanos que no fueron aprovechados. En la Conferencia que llevó a cabo la Unión Europea en 2012, propone acciones concretas a las universidades e instituciones científicas como: garantizar que la dimensión de género esté integrada en el currículum de las licenciaturas y posgrados de toda la universidad, adoptar un plan de igualdad en su estructura y organización, e incluir en todos los documentos (estadísticas, informes, evaluaciones, participación en los comités) datos desagregados por sexo.

Destaca también el proyecto genSET de la Unión Europea que fue el tema del editorial de *The Lancet* (5 de marzo de 2011) titulado: “Promoting Women in Science and Medicine” donde se señala la urgencia de poner en práctica un conjunto de acciones que logren revertir la condición de inequidad que prevalece en este campo y se promueva la incorporación de más mujeres médicas a la ciencia. Ahí se propone que: a) Los líderes reconozcan la importancia de la dimensión del género en la investigación; b) Los científicos (y gestores) deben ser formados en métodos de análisis del sexo y el género; c) Las evaluaciones y estrategias deben tener una perspectiva de género; d) Los equipos de investigación, los Comités y grupos deben ser diversos en cuanto a género; e) Las mujeres que ya trabajan en instituciones científicas deben adquirir mayor visibilidad; y f) Deben desarrollarse estrategias especiales para atraer a las mujeres a los cargos de investigación. Con estas propuestas, se busca promover el cambio estructural

y plantear soluciones que vayan a la raíz de un problema que afecta no sólo a las mujeres sino a la sociedad toda y a la ciencia misma.

## Referencias

- Agenda Estadística UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012.
- Alcaraz María Ángeles. “Las mujeres en las ciencias de la salud” *Dikaiosyne* No. 15, Revista de filosofía práctica Universidad de Los Andes Mérida, Venezuela, (diciembre de 2005), p. 163-174.
- Alic, Margaret. *El legado de Hipatia. Historia de las mujeres de ciencia desde la Antigüedad hasta el Siglo XIX*. Madrid: Editorial Siglo XXI, 1991.
- Asociación Nacional de Médicas Mexicanas “Matilde Petra Montoya” [en línea]. Disponible en: <<http://www.medicasmexicanasac.tripod.com/pag6antecedentes.htm>>. [Consulta: 14 de enero del 2013].
- Alvarado, Ma, de Lourdes y Elizabeth Becerril “Mujeres y educación superior en el México del siglo XIX”, Centro de Estudios sobre la Universidad, UNAM [en línea] disponible en: [http://biblioweb.dgsc.unam.mx/diccionario/html/articulos/sec\\_10.htm](http://biblioweb.dgsc.unam.mx/diccionario/html/articulos/sec_10.htm). [Consultado el 10 de octubre del 2010].
- Blazquez, Norma. *El retorno de las brujas, incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres en la ciencia*. México: CEIICH-UNAM, 2008.
- Blazquez, Norma. “La segregación de las mujeres en las ciencias de la salud” *Ciencia* Revista de la Academia Mexicana de Ciencias, volumen 63, número 3, 2012, p. 72-78.
- Cano, Gabriela “¿Un matrimonio bien avenido? La soltería y el desarrollo intelectual de las mujeres” ponencia presentada en el *I Coloquio de Investigación y Estudios de Género*, México: PUEG-UNAM, 1991.
- Cardaci, Dora. *Salud, género y programas de estudio de la mujer en México*, Carrillo 2002, PUEG-UNAM, México, 2004.
- Carrillo, Ana María. *Matilde Montoya: primera médica mexicana*, México: Premios DEMAC, 2001.
- Castañeda Gabriela y Ana Cecilia Rodríguez. *Pioneras de la medicina mexicana en la UNAM: del porfiriato al nuevo régimen, 1987-1936*, Facultad de Medicina, UNAM y Ediciones Díaz Santos, 2010.

- Castro, Roberto (2014) “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México” *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2, abril-junio, 2014: 167-197.
- Editorial *The Lancet* (5 de marzo de 2011) “Promoting Women in Science and Medicine” [http://www.genderinscience.org/downloads/genSET\\_Leaflet\\_with\\_recommendations.pdf](http://www.genderinscience.org/downloads/genSET_Leaflet_with_recommendations.pdf).
- FUNSALUD, Fundación Mexicana para la Salud-FUNSALUD “Informe final: Análisis de bases de datos sobre recursos humanos en salud y sobre el papel de la mujer en los cuidados de enfermos, adultos mayores y niños en el hogar”. Impreso, 2003.
- González, Rosa Ma. “Escuelas mixtas y de mujeres: su efecto en el interés de las estudiantes en las matemáticas” en Blázquez, Norma y Javier Flores (Editores) *Ciencia, Tecnología y Género en Iberoamérica*, México: CEIICH-UNAM-Plaza y Valdez, 2005, p. 459-470.
- González, Rosa María. “Las mujeres y su formación científica en la Ciudad de México. Siglo XIX y principios del XX” *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, julio-septiembre, 2006, año/vol. 11, número 30, p. 771-795.
- González, Marta y Pérez, Eulalia. “Ciencia, tecnología y género” *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación*, Núm. 2, enero-abril. [en línea]. Disponible: <http://www.oei.es/revistactsi/numero2/varios2.htm>. [Consultada 10 septiembre del 2011].
- Guevara, Elsa. “Desigualdad de género en la UNAM. Algunas experiencias del estudiantado” en Gandarilla, José, Julio Juárez y Rosa Ma. Mendoza (Coordinadores) *Jornadas anuales de investigación* 2008, México: CEIICH-UNAM, 2009, p. 447-464.
- Herrera, Almícar. “La ciencia las prefiere calladas. El rol de varias mujeres en grandes descubrimientos fue ignorado por sus colegas” en *Mujer y Ciencia*. Argentina, 1987.
- Infante, Lucrecia. “Igualdad intelectual y género en Violetas del Anahuac. Periódico literario redactado por Señoras, 1887-1889” en Cano Gabriela y Valenzuela Georgette (Coords.) *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*, México: Porrúa-PUEG, UNAM, 2001, p. 129-156.
- INFORME ENWISE. *Waste of Talents: turning private struggles into a public issue*. European Commission. ENWISE Expert Working group on Women Scientists. (2004) Disponible en: [http://www.eu.int/comm/research/science-society/women-science/enwise\\_en.html](http://www.eu.int/comm/research/science-society/women-science/enwise_en.html). [Consultada el 8 de octubre del 2013].

- INFORME ETAN. *Science policies in the European Union: Promoting excellence through mainstreaming gender equality*. European Commission. ETAN Expert Working group on Women and Science. 2000. Disponible en: <http://www.amit-es.org/etan.htm>. [Consultada el 8 de octubre del 2013].
- INFORMES MIT. *Reports of the Committees on the Status of Women Faculty*. Massachusetts Institute of Technology. 2002. Disponible por áreas de conocimiento en: <http://web.mit.edu/faculty/reports/index.html>. [Consultada el 8 de octubre del 2013].
- Keller, Evelyn Fox. *Reflections on Gender and Science*, New Haven and London: Yale University Press, 1995.
- Maffía, Diana. *Hacia una pedagogía feminista*, Buenos Aires Argentina, Editorial El colectivo, 2007.
- Mingo, Araceli. *¿Quién mordió la manzana? Sexo. Origen social y desempeño en la universidad*, México, CESU-PUEG-FCE, 2006.
- Moreno Luz Ma y Cindy Cabrera, “La perspectiva de la investigación en el estudiantado de ciencias de la salud y el orden de género” en Guevara Elsa (coordinadora) *El sueño de Hypatia. Las y los estudiantes de la UNAM ante la carrera científica*, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM, 2012, p. 153-218.
- Moreno Luz María, Antonio Villa, Nora Ibarra, Eduardo Vaquero, Mauricio Castillo, Nelly Alvarado, Laura Nájera y Elsa Guevara, “Violencia de género hacia el estudiantado de medicina. Estudio exploratorio” ponencia presentada en la modalidad de cartel en la *LXVI Reunión anual de Salud Pública*, Pachuca Hidalgo, 21 al 24 de noviembre del 2012.
- Ramos Ma. de la Paz. “Las primeras mujeres graduadas en física en la UNAM” en Blázquez, Norma y Javier Flores (Editores) *Ciencia Tecnología y género en Iberoamérica*, México: CEIICH-UNAM-Plaza y Valdez, 2005, p. 13-22.
- Rodríguez-Pimentel, Leticia y Rodolfo Silva-Romo. “Aportaciones de la mujer a la medicina”, *Gaceta Médica de México*, Vol. 139, núm. 6, noviembre-diciembre 2003, p. 635-638.
- Solís, Francisco Javier, “Las brujas en el terreno de los semidioses: Estudiantes de Medicina frente a los avatares de la cultura profesional médica” Tesis para optar por el Título de Licenciado en Pedagogía, UNAM-FES-Acatlán, 2014.
- UNIÓN EUROPEA. Structural change in research institutions: Enhancing excellence, gender equality and efficiency in research and innovation, 2012. (disponible

en <http://ec.europa.eu/research/science-society/index.cfm?fuseaction=public.topic&id=122>) [Consultada el 8 de octubre del 2013].

Walewska, Lemoine. “Perspectivas históricas sobre la mujer y la ciencia” Conferencia impartida en el *Simposio Mujer y Ciencia*, Universidad de Puerto Rico, 15 de febrero de 1990.



# Pautas de *género* en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la Facultad de Medicina, el internado y la residencia médica<sup>1</sup>

ROBERTO CASTRO

RESUMEN: Este artículo documenta el maltrato de género que enfrentan las estudiantes de medicina en México, mediante el análisis del concepto de socialización médica, con énfasis en el problema del maltrato a las y los estudiantes de medicina. En el marco teórico se articulan conceptos de Foucault y Goffman, con los conceptos nodales de Bourdieu bajo un enfoque de género. Se ilustra mediante diversos ejemplos la manera en que el espacio de aprendizaje del currículum formal lo es también de reproducción de las jerarquías de género, a través del currículum oculto. Las mujeres enfrentan diversas formas de desmotivación socialmente inducida para optar y mantenerse en la carrera de medicina, particularmente en algunas de sus especialidades. La discriminación se presenta igual bajo interacciones afectivizadas, que bajo formas muy autoritarias, enfrentan acoso sexual en clase y en los años de especialización, y no dejan de ser construidas como sujetos subordinados. Al final se discute la importancia de estos hallazgos en la constitución del habitus médico. El análisis se realizó en 14 grupos focales con estudiantes de medicina, internos/as, residentes y médicos/as especialistas, conducidos por el autor durante 2010 y 2011.

<sup>1</sup> Este trabajo apareció publicado previamente en *Salud colectiva (Buenos Aires)*, 10(3) *septiembre-diciembre 2014*. La revista es de código abierto, autoriza y fomenta la libre reproducción de artículos publicados en ella, siempre que se cite la fuente original, como se hace en este caso.

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, cuyo objetivo es documentar el origen social del carácter autoritario del *habitus* médico, y los efectos de este último en la relación que se establece con las usuarias de los servicios de salud reproductiva.<sup>2</sup> El análisis se limitará a caracterizar diversos patrones de interacción docente-alumno que se basan en la desigualdad de género y al mismo tiempo la reproducen.

Para ello, en la primera parte se analiza el concepto de socialización médica y se revisa brevemente la literatura más relevante sobre la materia. En la segunda parte se desarrolla la propuesta de que es necesario adoptar la terminología de autores como Foucault y Goffman, y que puede vincularse a los efectos de una investigación como ésta, con los conceptos nodales de Bourdieu bajo un enfoque de género. En la tercera parte se presentan los hallazgos. Para ello, en primer lugar se ubica a la escuela de medicina en el más amplio contexto social al que pertenece; en seguida, se ilustra mediante diversos ejemplos la manera en que el espacio de aprendizaje del currículum formal lo es también de reproducción de las jerarquías de género, a través del currículum oculto. Finalmente se concluye enfatizando la importancia del análisis presentado y la necesidad de continuar con este tipo de investigaciones.

El análisis que sigue se basa en 14 grupos focales con estudiantes de medicina, internos/as, residentes y médicos/as especialistas, conducidos por el autor durante 2010 y 2011. En total participaron 120 personas entre personal médico y estudiantes, de los cuales 56 eran hombres y 64 mujeres. De esos 120, 25 eran ginecobstetras, 20 eran especialistas en medicina familiar, 43 eran residentes en el área de ginecobstetricia, 16 eran internos con planes de especializarse en ginecobstetricia, y 16 eran estudiantes de pregrado. De igual manera, del total de 120 participantes, 26 eran del estado de Morelos, 36 del Distrito Federal, 28 del Estado de México y 30 del estado de Nuevo León.

<sup>2</sup> Proyecto 83466-S financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, titulado: “*Habitus* médico y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”.

## El problema de la socialización de los estudiantes de medicina<sup>3</sup>

La socialización<sup>4</sup> de los estudiantes de medicina ha sido objeto de interés científico desde hace tiempo. A fines de la década de los cincuenta y principios de los sesenta del siglo pasado el tema surgió como objeto de estudio dentro de la sociología médica norteamericana. Dos escuelas con enfoques diferentes lideraron la investigación en esta materia: la escuela de Columbia (Merton, Reader y Kendall, 1957), y la escuela de Chicago (Becker, Geer, Hughes y Strauss, 1961). La primera adoptó un enfoque funcionalista, y puso el énfasis en la manera en que los estudiantes de medicina adquieren el rol de médicos actitudinal, técnica y científicamente. La segunda adoptó un enfoque simbólico interaccionista, y puso el énfasis en el conjunto de estrategias, resistencias y tácticas que desarrollan los estudiantes para aprender a sobrevivir en la facultad de medicina, así como en las etapas por las que pasa el *self* en su transformación hacia su identidad como médicos. Ambos enfoques, sin embargo, permanecieron silentes con respecto a las cuestiones de género que dichas transformaciones implican, debido tanto a que la perspectiva de género no había surgido aún en las ciencias sociales como un enfoque autorizado, como al hecho de que en esos años la matrícula femenina en dichas facultades era menor a 10% (Fox, 1989).

Como resultado de estas investigaciones pioneras y otras que les siguieron, varios tipos de aprendizajes fueron identificados como cruciales para los estudiantes en su proceso de formación. Destacan entre ellos el entrenamiento para la “incertidumbre” (donde el estudiante

<sup>3</sup> Una versión preliminar de los apartados I y II de este trabajo, han sido publicadas con variaciones menores en Castro (2014). Dado que se trata de trabajos derivados de una misma investigación, es explicable que el aparato conceptual de los mismos sea similar. El resto de los contenidos de ambos trabajos, sin embargo, es enteramente diferente.

<sup>4</sup> “Procesos a través de los cuales los individuos adquieren los valores y actitudes, los intereses, las habilidades y el conocimiento —en una palabra, la cultura— vigentes en el grupo del cual son, o buscan llegar a ser, miembros” (Merton, Reader y Kendall 1957: 287).

debe acostumbrarse a la dificultad de diferenciar entre las limitaciones de conocimiento de la ciencia médica y sus propias limitaciones personales), el entrenamiento para la “atención distante” (donde el estudiante debe aprender a regular su involucramiento personal con los pacientes), y el entrenamiento para el “manejo de los errores y fracasos” en su práctica. Común a estos aprendizajes es el surgimiento de cierto cinismo que los estudiantes y los médicos desarrollan con respecto a su trabajo, así como en su relación con otros colegas y pacientes (Fox, 1969; Delese, Aultman, Zarconi y Varley, 2009).

De entre las varias vetas de indagación que se han abierto en este tema en los años recientes, comenzaron a sobresalir las referidas al maltrato que sufre el estudiantado de medicina, y a las agotadoras jornadas que deben cubrir los/as residentes, así como a los efectos que tales aspectos tienen sobre su formación y su práctica. Ello ha ocurrido tanto en Estados Unidos (ver por ejemplo Baldwin y Daugherty, 1997; Conrad, 1988; Silver, y Glick, 1990; Baldwin, Daugherty y Eckenfels, 1991), como en Canadá (por ejemplo, Musselman, MacRae, Reznick y Lingard, 2005), y en países europeos (por ejemplo, Terés, 2006; Rautio, Vappu, Nuutinen, y Laitala, 2005).<sup>5</sup> Se habla incluso de una “cultura” del abuso del estudiantado en las escuelas de medicina, y se postula que dicha cultura está vinculada a una sistemática “violación de la dignidad” en los servicios de salud (Kassebaum y Cutler, 1998; Jacobson, 2009; Rosenberg y Silver, 1984; Sheehan *et al.*, 1990).

En México y América Latina también han aparecido diversos estudios en esta línea, que dejan en claro que el maltrato que sufre el estudiantado, lo mismo en la facultad de medicina que durante los años de especialidad, es una experiencia muy frecuente como para ser pasada por alto. Dicho abuso ha sido descrito, por una parte, como “una tradición” dentro de la enseñanza médica y, por otra, como un elemento centralmente constitutivo del “currículum no formal” con posibles vinculaciones con el tipo de práctica que se ejerce, así como con el tipo de relaciones que se pueden llegar a desarrollar con los

<sup>5</sup> Aquí sólo indicamos algunas referencias ilustrativas.

propios colegas (Herrera-Silva, Treviño-Moore y Acosta-Corona 2006; Loría *et al.*, 2010; Cortés, 2010; Fernández, 2007).

Una rama de estas investigaciones ha enfatizado el “burnout” o desgaste que este tipo de situaciones representa para la salud de los estudiantes y residentes, el consecuente riesgo que tales efectos pueden tener sobre su desempeño profesional (ver por ejemplo, Maslach y Jackson, 1982; Fahrenkopf *et al.*, 2008; Thomas 2004). Otra vertiente, de mayor interés para los fines de este trabajo, ha postulado que la violencia que sufren los/as médicos/as en su formación es el origen de un estilo profesional autoritario, en forma análoga a lo que postula la investigación sobre *child abuse* (Iglesias, Saldívar, Bermúdez y Guzmán, 2005; Kassebaum y Cutler, 1998). Pero los críticos de este enfoque han advertido que se trata de un modelo limitado en tanto que es demasiado psicológico (y mecánico) y no da cuenta de las múltiples variaciones que presenta el fenómeno en la práctica (Hafferty, 2000).

En realidad hace falta un modelo mucho más sociológico que de cuenta del autoritarismo médico en tanto producto de las condiciones sociales asociadas a la agenda oculta o no-formal de los años de formación universitaria, así como de los años de residencia y especialización médica. Como se ha señalado en otros trabajos (Castro, 2011), es en el conjunto de patrones de interacción vigentes en la escuela y en el hospital universitario, así como en los esquemas de visión y de división del mundo promovidos por los mentores en su quehacer cotidiano y en su interacción con los estudiantes, donde se encuentran las claves para rastrear la génesis de un *self* (o “sí mismo”) profesional con proyecciones autoritarias. Conviene adoptar la definición de “agenda o currículum oculto” como el conjunto de “procesos, presiones y restricciones que caen fuera de o están incorporadas al currículum formal, y que con frecuencia están desarticulados y [quedan] inexplorados” (Cribb y Bignold, 1999:197). Un atributo primordial de dicho currículum oculto es la centralidad de las jerarquías y las concomitantes relaciones de poder que se le asocian (Lempp y Seale, 2004; Eckenfels, Duaugherty y Baldwin, 1997), y cuyo análisis debe adoptar un enfoque de género. Por lo demás, la importancia de estos factores, y la

necesidad de estudiarlos dentro de un marco teórico que de cuenta de la vinculación entre los procesos estructurales del “campo” médico y la internalización que se hace de ellos en forma de predisposiciones o *habitus* ha sido advertida también por otros autores en México (Consejo y Viesca 2005, 2008) y en otros países (Luke, 2003).

## Una propuesta conceptual

Las principales instituciones de la modernidad cumplen primordialmente una función de control y vigilancia y, en el marco de relaciones específicas de poder, producen discursos (éticos, científicos, jurídicos) que dominan la vida social y la moldean. Las instituciones carcelarias (Foucault, 1981), psiquiátricas (Foucault, 1986) y médicas (Foucault, 1983), entre otras, se fincan en la activa construcción de relaciones de poder que traducen “tecnologías del yo”, es decir, formas de intervención sobre el cuerpo y la mente de las personas que redundan en patrones de aprendizaje y en el desarrollo de ciertas habilidades que se asocian, a su vez, con determinadas actitudes (Foucault, 1995). Desde esta perspectiva, el poder no es sólo, ni principalmente, la fuerza represiva que emana del Estado y que le permite a éste preservar el *statu quo*; sino que es ante todo una fuerza creativa presente en todas las esferas de la vida social, más allá de los aparatos del Estado, que “produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; y es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir” (Foucault, 1979: 182).<sup>6</sup>

Por otra parte, Goffman estudió la realidad social en su nivel más micro, y pudo documentar, mediante diversos trabajos auténticamente

<sup>6</sup> “Entre cada punto del cuerpo social, entre un hombre y una mujer, en una familia, entre un maestro y su alumno, entre el que sabe y el que no sabe, pasan relaciones de poder que no son la proyección pura y simple del gran poder del soberano sobre los individuos; son más bien el suelo movedizo y concreto sobre el que ese poder se incardina, las condiciones de posibilidad de su funcionamiento” (Foucault, 1979: 157).

ejemplares de investigación empírica, como la interacción social constituye sujetos; en otras palabras, pudo mostrar como el “sí mismo” o *self* de los individuos emerge de la interacción de unos con otros, y no es, como se podría suponer, el reflejo de alguna esencia psicológica, asocial o ahistórica.<sup>7</sup> La interacción social, sus regularidades y sus rupturas, las complicidades con las que se realiza, sus sobresaltos y sus traiciones, sigue patrones específicos discernibles sociológicamente, que varían en función de las características de las instituciones y de los contextos donde se lleva a cabo, así como de los fines que persiguen los actores. Se trata de descubrimientos de amplísimo alcance que permiten poner en contexto el carácter emergente del “sí mismo” en función de la interacción social; y el carácter emergente de esta última en función del contexto donde se presenta. De tal manera que, pese a su aparente diametral oposición, ambos autores (Foucault y Goffman) y ambos enfoques son complementarios (Hacking, 2004).

Para establecer una adecuada vinculación entre ambos enfoques, las categorías de campo y habitus de Bourdieu (2000) son de extrema utilidad.<sup>8</sup> El campo médico abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. Así entendido, junto con las instituciones de salud propiamente tales, las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente

<sup>7</sup> “Una escena correctamente montada y representada conduce al auditorio a atribuir un “sí mismo” [self] al personaje representado, pero esta atribución –este “sí mismo”– es un *producto* de la escena representada y no una *causa* de ella. Por tanto, el “sí mismo”, como personaje representado, no es algo orgánico que tenga una ubicación específica y cuyo destino fundamental sea nacer, madurar y morir; es un efecto dramático que surge difusamente en la escena representada, y el problema característico, la preocupación decisiva es saber si se le dará crédito o no” (Goffman, 1989: 269. Cursivas en el original).

<sup>8</sup> Una descripción más detallada de estos conceptos puede hallarse en Castro, 2013.

pasarán a formar parte del campo, los agentes que operan estas instituciones, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades son elementos centrales del campo médico.

El campo médico produce (y es simultáneamente el producto de) una serie de subjetividades, entre las que nos interesa destacar el habitus médico. Éste es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo –en primer lugar los médicos– por medio de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente en su práctica profesional, y engendran conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales. La coincidencia entre el campo médico y el habitus médico da lugar a un sentido práctico propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana casi intuitiva, espontánea, inconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo.

A partir de estas consideraciones, en este trabajo se busca centrar el análisis en uno de los aspectos nodales que emergen durante los años de formación, a saber, el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones de género. El estudiantado de medicina y los/as profesionales de la medicina viven en carne propia o atestiguan de cerca todas ellas y que, eventualmente, pasan a formar parte del habitus médico. Se trata de “tecnologías del yo” cuya relevancia no ha sido dimensionada adecuadamente, por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce.

La importancia del enfoque de género no puede ser subestimado en este trabajo. El pensamiento feminista ha documentado que un saber que era propio de las mujeres, el saber de la salud, fue gradualmente expropiado en beneficio de una institucionalidad moderna dominada por los varones. La alianza histórica entre la ciencia masculina y la medicina moderna implicó también una lucha de género, que terminó desplazando a las mujeres y confirmándolas en su papel

de amas de casa y madresposas (Ehrenreich y English, 1990; Oakley, 1985). Sólo gradualmente pudieron las mujeres regresar al espacio de la salud, esta vez como profesionistas. Pero la impronta de la exclusión de las mujeres permanece y, como se verá en seguida, las mujeres deben tratar de sobreponerse a ella permanentemente.

## La dimensión de género en la formación médica

### *A pesar de la desmotivación socialmente inducida*

Conviene comenzar este análisis ubicando el problema de la desigualdad de género y su reproducción en las escuelas de medicina y los hospitales de enseñanza, en el contexto social más amplio –también estructurado sobre la base de la dominación masculina– del que las instituciones educativas forman parte. A lo largo de los catorce grupos focales descritos al principio, se advierten una y otra vez expresiones que dan cuenta de las dificultades que muchas estudiantes de medicina, residentes del sexo femenino y médicas especialistas enfrentan regularmente para abrirse paso legítimamente como personas que libremente eligieron formarse en la profesión médica y mantenerse en ella.

Hay varios testimonios que describen los reiterados mensajes de desaliento que reciben las mujeres estudiantes de medicina de parte de, parientes, amigos de la familia, o directamente de los propios padres –a veces de forma muy sutil, en otras de manera franca–. Por ejemplo, una estudiante de Monterrey narra que un amigo respetado por su familia le aconsejó elegir una carrera en la que no tuviera que recibir un salario: “métete a lo que tú quieras hacer sin que te paguen”:

Roberto: ¿Pero por qué te dijo eso?

Fernanda: Pues que muchas veces supongo que como la mujer es la que lleva y cuida los hijos en el hogar, o sea a veces todavía en México está muy, está mucho la idea del machismo de que el hombre es el que lleva el dinero a la casa, entonces, pues o sea no importa que la

mujer tenga un trabajo muy, o sea donde gane mucho dinero mientras ella todavía pueda seguir ocupándose del hogar (GF Monterrey, Núm. 13).<sup>9</sup>

La noción de que estudiar una carrera es finalmente irrelevante en tanto que el cometido fundamental de las mujeres es desempeñarse como amas de casa, esposas y madres de familia, aparece de diversas formas en el material recolectado. Dos testimonios más al respecto son muy ilustrativos. En el primero, una estudiante relata lo que le respondió una amiga de la familia, médica ya mayor, cuando ella le consultó su opinión acerca de su interés por estudiar medicina:

Me decía, “piénsalo muy bien, te vas a topar con insultos, te vas a topar con muchas groserías, con mucha gente mala, tus mismos compañeros, el ambiente no es lo que tú estás acostumbrada”; me ponía muchas trabas... (Karime, GF Monterrey Núm.13).

En el segundo testimonio, otra estudiante relata que recibe apoyo de sus papás cuando le va mal en algún examen. Pero dicho apoyo suele venir montado en un sutil mensaje de desaliento, en una invitación, que nunca cesa para que deje esa carrera y estudie algo que le permita, eventualmente, conciliar la vida familiar con el trabajo (este último siempre subordinado a la primera):

Pero yo creo que el que nos digan “ya salte de ahí” nos pasa a la mayoría. A mí en mi caso mi papá es un hombre muy machista, muy cuadrado en sus ideas y yo no sé si a alguna de ustedes les pasó que llegabas de un examen de “fisio”, de “farma” y de lo que ustedes quieran, y llegabas llorando a tu casa y te la pasaste estudiando dos semanas o no dormiste tres días, y sabes que te fue mal, y mi papá

<sup>9</sup> Los testimonios que se presentan en este artículo corresponden a los diversos grupos focales (GF) realizados, mismos que se identifican según la localidad donde fueron realizados y el número que les corresponde, del 1 al 14. Los nombres de los informantes han sido cambiados con el fin de preservar su anonimato.

llega y dice: “es que para qué te saliste de mecatrónica”... Y yo todavía batallo cada vez que se me ocurre llorar porque estoy estresada, o llorar porque tengo sueño y no puedo dormir o por lo que quieras, o llegar con tu mamá y decirle “mamá, abrázame”, para que te digan “para qué te metiste a eso”. Mi papá todavía cree que si yo me caso, dejo la carrera, dejo de estudiar. Y tengo primos que tienen hasta apuestas de que yo no termino la carrera (Gina, GF Monterrey, Núm. 13).

En realidad, estas expresiones afectivizadas de desmotivación son indicadores de diversos mandatos de género puestos en circulación nuevamente por los propios familiares. Desde luego, no se trata de una oposición social que se manifieste de la misma manera en todo el país, ni que todas las mujeres enfrenten con la misma intensidad. Se trata más bien de cierta predisposición socialmente inculcada que, por lo mismo, se mantiene a veces imperceptible, y que se activa sólo en algunos casos, sobre todo cuando ciertos agentes sociales en posición de autoridad, se ven conminados a ejercer una función regulatoria:

Viene un familiar un día y me dice: “la carrera de medicina no se hizo para las mujeres”... yo dije: “híjole, entonces, ¿qué carreras habrá para las mujeres?”, le pregunto yo: “la que tú quieras, está secretaria, ama de casa, esposa... maestra” (Margarita, GF. DF, Núm. 4).

Es decir, no se trata de una contracorriente (que se opone o mina el interés de las estudiantes por convertirse en médicas), que derive de la mala fe o de un plan deliberado para desviarlas de sus objetivos. Al contrario: se trata de expresiones afectivizadas de orientación vocacional, de consejería familiar, de solidaridad. Y precisamente por eso es importante no minimizarlas, pues ahí, en el vehículo por medio del cual se expresan –el afecto– radica la fuerza contra la cual deben batirse quienes, pese a todo, persisten en su empeño por estudiar medicina.

### *La escuela de medicina perpetúa patrones de exclusión*

Ya en la facultad también pueden ocurrir diversas expresiones *autorizadas*, destinadas a “poner en su lugar” a las mujeres, a marcarles límites que no deben traspasar (o asumir los costos si lo hacen), y en fin, a reproducir las jerarquías y los ordenamientos de género vigentes en todo el tejido social. Como en el caso anterior, se trata de manifestaciones que se vehiculizan a través de medios dotados de una capacidad comunicativa particular, que van desde la posición de autoridad del docente, hasta la sutileza de un sentido del humor suficientemente ambiguo como para volver muy difícil cualquier intento de reproche. Por ejemplo, puede ocurrir que en las aulas de clase las mujeres deban enfrentar y lidiar con diversas expresiones de discriminación de género que las lleva a ser construidas fundamentalmente como elementos para el ornato,<sup>10</sup> para la diversión o el “ligue”, para el servicio, o bien como agentes francamente inferiores que no deben, por definición (por ser mujeres) aspirar a las mejores calificaciones. Así por ejemplo, una estudiante de Monterrey, que realizaba el internado, comentó:

Hay una materia que se llama competencia comunicativa y hay un profesor que sí era así, de hecho nos pasaba y decía, todos íbamos a dar clase pero si traíamos falda teníamos, teníamos diez (Mónica, GF. Monterrey, Núm. 13).

En otro de los grupos focales, un interno describía a uno de sus docentes:

O sea, es un adscrito que daba la clase de español, él les decía que por cada centímetro arriba de la rodilla que trajeran su falda era un punto al final. Lo decía como en broma pero cierto (José, GF Monterrey, Núm. 12).

<sup>10</sup> En un grupo focal se relató que si bien la especialidad de cirugía está vedada para las mujeres, en ocasiones los cirujanos “invitan” a las estudiantes o a las residentes a entrar al quirófano para no aburrirse tanto.

Se trata en realidad de expresiones de acoso escolar en su vertiente sexualizada, que se monta en la posición de poder que detenta el docente y que contribuye, a su vez, a reproducir la desigualdad de género de la cual emana en primera instancia. Una estudiante relató:

Y me dice el doctor: “a ver Elena pasa a dar la clase”, y le digo: “doctor, yo ya di la clase el día de ayer, hoy le toca a otra persona” y dice: “no, pero párate”, le digo, “pero no quiero doctor, no traigo la clase”. Sí la traía, pero yo no me quería parar, me sentía incómoda, no quería pararme y dice: “por qué no te quieres parar, si queremos verte todos”, le dije: “no quiero”. Pero eso me costó, yo tenía mi promedio de exento y cuando va a haber examen me dice: “te vas a ordinario”, “¿por qué doctor?”, “porque lo digo yo”. Lloré, me dio diarrea, vomité, hice rabieta, hice de todo y me fui a ordinario. Y le dije: “¿pero doctor, cuál fue el problema?” “Yo tomo en cuenta otras consideraciones, yo veo otros aspectos”. Yo me enojé mucho me molesté y le dije “uta madre doctor, ¿cuáles son esas consideraciones? aquí están mis calificaciones, yo estoy exenta igual que ella”. Dijo: “No, te vas a ordinario” (Elena, GF Estado de México, Núm. 11).

Además de servir de vehículo para inculcar la sumisión a la autoridad, las jerarquías vigentes en el salón de clase, dentro de una facultad perteneciente a una carrera altamente diferenciada en rangos como la medicina, pueden servir, literalmente, para reproducir la noción de que las mujeres están, esencialmente, para dar placer. Pero además de ello, dichas jerarquías también pueden servir para perpetuar la noción de que el lugar de las mujeres en la Escuela de Medicina es siempre secundario y subalterno. Esto puede comunicarse a través de varias formas. Una de ellas, tal como lo relata una especialista de Morelos, es fijando arbitrariamente el tope máximo de calificación que una mujer puede alcanzar en clases:

... cuando íbamos a hacer el examen, nos presentamos, de los treinta que íbamos, a lo mejor diez lo presentamos y entonces nos dan los

papelitos y dice el doctor: “a ver, tome su papelito” y llegamos y dice: “Yo les digo a las compañeras —éramos dos mujeres— si gustan hacer el examen es 6 o adiós”. Y yo le decía: “Pero ¿por qué si todavía no ve nada del tema?”, “Las mujeres no sirven para ser doctoras”. Entonces nos quedamos mi compañera y yo: “¿lo presentamos, nos exponemos?”. Y decía el doctor: “el 6 o el extraordinario, así de fácil, porque las mujeres para la medicina, no, el hombre —nos decía— para médicos, los mejores médicos, que lo van a ver en la profesión, son hombres”. Y entonces se fue quedando toda esa situación, en algún momento nos enfrentamos al examen, aunque le hayamos dicho lo que nosotros sabíamos, nos dejó 6 y yo veía que nos preguntaba y él escribiendo, nada más como diciendo: “Apúrate porque ya”. Y nosotras éramos como relegadas en parte, por algunos médicos especialistas que nos daban la clase y eso lo empezaba a notar y de la expresión que el doctor dijo, regularmente a todas las mujeres nos mandó a extraordinario y tuvieron que recursar la materia, no sé qué sería del doctor, pero fue algo así que se quedaba marcado como para siempre; entonces tengo que seguir adelante para demostrarle que lo que me dijo en aquel entonces, que en algún momento me marcó, demostrarle que sí podemos (Doctora Salmerón, GF Morelos, Núm. 3).

Los exámenes son la ocasión por excelencia en que los docentes pueden exhibir y utilizar todo el poder de que disponen para reproducir las jerarquías de género y de clase en las que se basa su desempeño en primera instancia. Son también la ocasión para insistir en “poner a las mujeres en su lugar”, esto es, para recordarles a todos que el papel que deben desempeñar las mujeres es en primer lugar y ante todo, el de esposa, pareja sexual o ama de casa. Son ocasión, pues, para descalificar de nuevo a aquellas que están tratando de remontar todos los prejuicios de género que operan en su contra para convertirse, por pleno derecho, en profesionales de la medicina. Dos testimonios más ilustran esta situación. El primero de ellos corresponde a una especialista de Morelos que relató:

En esta facultad había un pediatra que es así muy, muy reconocido. Entonces todos le teníamos miedo porque además era muy estricto, es inteligente, bueno, buen médico, pero es mala persona. Entonces llegábamos y decía: “A ver, dime tal cosa”... y luego decía: “No, es que no entiendo –si fallaba uno– no entiendo ¿qué hacen ustedes aquí?; los hombres tienen la responsabilidad de mantener una casa, pero las mujeres con que abran las piernas”, y eso lo repetía constantemente (Doctora González, GF Morelos, Núm. 3).

El segundo testimonio corresponde a otra especialista que se formó en el estado de Guerrero:

Pues igual, una experiencia similar con el doctor de propedéutica, lo mismo, en el primer semestre, para mí la verdad fue muy difícil seguir estudiando medicina; yo tuve que trasladarme a otro lugar para poder estudiar... Y en cuanto a experiencias similares a las que platican las doctoras, sí, igual, había un médico que simplemente la máxima calificación era 7; por ser mujer, 7. Entonces si le contestabas más o menos bien, te hacía máximo 4 preguntas, si a la segunda fallabas, pues igual te decía: “A ver tú, tienes pinta de cocinera, vete a hacer esto”. O sea luego, luego la agresión. Esto pues no me pareció para nada, porque digo, no saben cuanto sacrificio hace uno por estar ahí, entre pagos de renta, entre pagos de muchas cosas y todavía alejamiento de la familia, como para que te estén agrediendo o sea, como que eso ya lo captas hasta ahorita, yo lo capto hasta ahorita; entonces realmente pues no hace uno nada y te aguantas porque quieres seguir ahí, porque tienes un objetivo (Doctora Serrano, GF Morelos Núm. 3).

Varios de los testimonios anteriores coinciden en el dato fundamental de que se trata de intervenciones docentes que marcan para toda la vida y de cuya gravedad las antiguas estudiantes –hoy médicas especialistas– se han venido dando cuenta al paso del tiempo. Se trata entonces de una agenda oculta que se disimula, a veces hasta llegar a confundirse ante la mirada poco preparada, como la de las estudiantes,

con la propia agenda formal de la carrera. Otros relatos refieren variantes del mismo mensaje, que van desde formas más sutiles, como la del docente que cada tanto les decía que la medicina es una carrera demasiado larga para las mujeres, hasta formas abiertamente agresivas como el caso de un docente que se refería a las estudiantes como gente que “deberían estar vendiendo verduras en el mercado”. En otros casos el mensaje pasa por desincentivar a las mujeres a que hagan una especialidad. Una estudiante de pregrado de Monterrey relató lo que un docente les dijo en clase:

Una mujer no puede pensar nada más en su especialidad porque tiene que estar al pendiente de su familia, tiene que estar al pendiente de sus hijos, tiene que estar al pendiente de su esposo.<sup>11</sup> (Fernanda, GF Monterrey, Núm. 13).

Resulta por lo demás reveladora la manera en que reaccionaron los varones participantes en los grupos focales ante este tipo de aseveraciones. La mayoría de ellos acusaron plena familiaridad con estos relatos y muchos atestiguaron por su cuenta situaciones parecidas. Sin embargo, al preguntárseles en qué medida este tipo de abusos y formas de discriminación se siguen presentando en la actualidad, la mayoría de los varones respondió que eso ya no existe, versión que fue consistentemente rebatida por las mujeres, que los acusaron de no darse cuenta porque no tienen que vivir estas situaciones cotidianamente. Y sin embargo, los varones solían admitir que el acoso a las mujeres sigue siendo una práctica regular dentro de los años de formación en medicina. Uno de ellos relató:

Hay acoso de los dos lados, pero es más marcado con las mujeres y siempre se ha visto... en el internado, una doctora que sea bonita y que tenga buen cuerpo, que esté bien pues, siempre va a tener mucha ventaja sobre las demás, no sé por qué los médicos somos

<sup>11</sup> No hay que perder de vista el carácter *normativo* de estas expresiones docentes.

así. Bueno, somos... [risas], en serio sí es así, le cargas menos la mano, pero cuando se la merece... sí le das su buena regañada o lo que sea, o le da uno sus nalgadas... [se ríe]. O no falta la clásica doctora que llega del internado, queriéndose ligar a un doctor y ella siempre va a tener más privilegios que la demás... (Bruno, GF Estado de México, Núm. 8).

El funcionamiento de la fábrica social puede ser enigmático para sus propios actores, y con toda certeza en ello estriba parte de la eficiencia con la que opera. Como se muestra en el testimonio anterior, a veces las cosas ocurren ante la propia “sorpresa” de los protagonistas: “no sé por qué los médicos somos así”.

### *Reproducción profesional de la exclusión y la desigualdad de género*

Como es previsible, este estilo docente está asociado a la reproducción profesional de las desigualdades de género donde abiertamente se proclama que ciertas especialidades médicas no son para las mujeres. Destacan entre ellas, a partir de los testimonios recolectados, las de cirugía y urología:

Cuando estaba en primer año, el maestro de histología preguntó a las mujeres “¿en qué se van a especializar?” Y empezaron a decir de que trauma, que esto, que lo otro, era como que la idea, estás en primer año realmente no tienes una gran idea de qué es lo que vas a hacer, entonces dice “¡Ah qué bueno!”, y “¿quién va a ser cirujano?” Varios levantaron la mano y entre esos yo levanté la mano y entonces dice: “¿Por qué las mujeres quieren entrar a cirugía? –dice– se ven bien machorras”. Así lo dijo en el salón, “se ven muy machorras queriendo ser cirujanas”, y claro que yo me ofendí (Tamara, GF Monterrey, Núm. 13).

En torno a la urología existe también un sistemático alejamiento de las mujeres con respecto a esta especialidad, una especie de aversión que se retroalimenta con el mito que la sustenta:

Roberto: ¿Por qué sí hay ginecólogos y no urólogas?

Antonio: Es el mito de la sociedad o sea, yo en lo personal no iría con una uróloga.

Roberto: Imagínate que las mujeres dijeran “yo no iría con un ginecólogo”.

Erika: La mayoría son ginecólogos.

Antonio: Como que es más común que la mujer vaya a ver al hombre, que el hombre a la mujer.

No sorprende entonces que en la propia operación de los servicios de salud se vean reproducidas todas las diferencias de género que se han cultivado y promovido desde el salón de clases:

Erika: Pero como quiera siguen imponiendo los hombres en medicina.

Roberto: ¿Qué imponen?

Erika: Todo en orden, en pedir cosas o sea no es pedir, es exigir, se tienen que hacer las cosas como ellos digan, es su actitud, todos están por encima de las doctoras mujeres cirujanos que están ahí.

Antonio: Yo creo que es una de las especialidades donde se ve muy marcado el rango, bueno no el rango<sup>12</sup> sino la división entre hombres y mujeres, es cirugía; por ejemplo, yo estaba rotando ahorita por plástica y rotan por cirugía general y los dos R1, es un hombre y una mujer, se ve como le cargan la mano a la mujer y por una parte está bien porque así, en medicina así aprendes, en cuanto a la práctica, pero la verdad si le cargan demasiado la mano o sea, no la ven como compañera sino la ven como trabajadora, lo sientes, le cargan mucho, mucho la mano a la doctora (GF Monterrey, Núm. 14).

<sup>12</sup> La expresión “el rango”, y la inmediata corrección “bueno, no el rango sino la división...” es expresión de un habitus en vías de colonización que está aprendiendo a nombrar el mundo en los términos exactos en que prescribe el campo al que pertenece.

Si las mujeres son sistemáticamente construidas como inferiores, como agentes cuya carrera debe ser secundaria a su papel de “madresposas”; si en clase son construidas ante todo como objetos sexuados antes que como alumnas, como personas con minusvalía intelectual por ser mujeres; en una palabra, si desde antes de entrar a la carrera y sobre todo durante la misma, a lo largo de sus años de formación, las mujeres deben sobreponerse permanentemente a un conjunto de dispositivos sociales que las cercan y se despliegan en su entorno para invisibilizarlas, para hacerlas menos, para remitirlas al lugar de la subalternidad, ¿sorprende que durante su ejercicio profesional tengan constantes dificultades para ser vistas como lo que son, médicas o especialistas? He aquí un extracto de un grupo focal donde se ilustra con toda claridad este punto:

Roberto: He escuchado que las mujeres en particular tienen más dificultad para acreditarse como médicas.

Dr. López: Sí, porque la sociedad influye mucho, a las doctoras les dicen: “señoritas”.

Dra. Bahena: Yo no volteo.

Dr. López: Eso es no sé, una costumbre o algo que tiene la sociedad y les dicen a las doctoras: “señoritas”.

Dra. Bahena: Me costó tanto trabajo como para que me digan señorita.

Dr. López: Y a los hombres nos dicen: “doctor”.

Dra. Bahena: Aunque sea un camillero.

Dr. López: Aunque sea un camillero, esa es totalmente la diferencia, ahí es abismal: mujeres: señoritas. Hombres: doctores. Y le tienen respeto y lo que diga el hombre o el doctor. Es el que tiene la razón; “porque la doctora o la señorita me dijo esto y yo no le creí”.

Roberto: ¿Ustedes sí han vivido eso, doctora Salmerón, doctora Ruíz? A ver, cuéntenme algo de eso.

Dra. Salmerón: “Me pasa el cómodo”, “me pasa el...”, “señorita ya se me tapó el suero, para que le diga al doctor”, y luego al camillero: “doctor, ¿ya me va a revisar?”.

Dra. Bahena: Yo de plano no volteo, si me dicen “señorita”, yo no volteo, yo creo que hay que darse su lugar, es como permitirle a la misma gente esa falta de respeto, digo, no, me costó tantos años para que me digan señorita, digo no por lo que signifique esa palabra, sino la manera en la que lo dice la gente, estamos los dos juntos, “señorita”, “oiga doctor”, “oiga, ¿qué le pasa?”, las señoritas y ni ellas, ellas son enfermeras, las que tienen las cofias, ellas tampoco son señoritas, son enfermeras y yo soy doctora, ¿dígame en qué le puedo ayudar?”, “¡Ay, perdón!” y así como eso, bueno, son cosas que bueno, pues sí, pero no voy a cambiar a toda la gente, verdad, pero he aprendido a vivir con eso,<sup>13</sup> pero sí cuando es preciso y necesario yo no volteo y no contesto, a lo mejor sí soy un poco grosera, en ese sentido y si puedo evadir eso, lo evado (GF Morelos, Núm. 3).

Como se señaló al comenzar este trabajo, Goffman descubrió que el *sí mismo*, la identidad social de los actores, es un fenómeno que emerge de la interacción entre ellos, lejos de ser un atributo esencialista que brille por sí mismo. En el espacio de la medicina se confirma este principio con sorprendente contundencia. Ya lo había anticipado West (1984) quien, trabajando con el concepto de “master estatus” (Hughes, 1993), descubrió que en los encuentros médico-paciente con actores de diferente sexo, los varones perciben ante sí a una mujer (independientemente de que sea médica o paciente), mientras que las mujeres perciben ante sí a un médico o a un paciente (independientemente de que sea varón). Es claro que esta distorsión en la percepción —y esta imposición de la identidad— está presente en todas las personas usuarias de los servicios de salud, sin importar su sexo. La identidad, el prestigio que le es concomitante, y la credibilidad de los actores, están mediados por las desigualdades de género. Los años de formación médica, y el

<sup>13</sup> Se aprende a vivir con eso. Se interioriza en forma de habitus.

estilo docente que ahí se practica –así se trate de casos no mayoritarios– no son ajenos a esta construcción.

## Conclusión

Reviste la mayor importancia estudiar el origen social y los efectos *prácticos* de las determinaciones y las desigualdades de género que se hacen evidentes en la interacción cotidiana entre docentes y el estudiantado de medicina, durante la formación en el pregrado, en el internado y durante los años de especialización médica. Al basarse en la desigualdad de género, y al reproducirla, dichas formas de interacción son un vehículo privilegiado por medio del cual se forma el habitus médico que, a su vez, será funcional en la reproducción de las estructuras de género propias del campo médico que le dieron origen en primera instancia. Aunque se presentan a sí mismas como meras formas de trato a veces jocosas, a veces altaneras, a veces, cuando más, un tanto abusivas –pero siempre como conductas que sólo remiten a *lo irrelevante*<sup>14</sup> estas pautas de interacción constituyen auténticas “tecnologías del yo”. Constituyen una forma de violencia simbólica que en la escuela de medicina resulta particularmente funcional; son, por tanto, formas de micro-poder directamente relacionadas con el orden institucional de género en pleno funcionamiento. Ello significa que sobre el “sí mismo” o *self* de los/as médicos/as que se forman en esta fábrica social, es posible ejercer un análisis arqueológico<sup>15</sup> que

<sup>14</sup> “No podemos entender la violencia simbólica de [las instituciones educativas] a menos de que analicemos en detalle la relación entre las características objetivas de las organizaciones que la ejecutan y las disposiciones socialmente constituidas de los agentes sobre los cuales se ejerce” (Bourdieu, 1996: 3, paréntesis añadido para fines de claridad).

<sup>15</sup> “Si la arqueología confronta el discurso médico con cierto número de prácticas es para descubrir unas relaciones mucho menos ‘inmediatas’ que la expresión, pero mucho más directas que las de una causalidad relevada por la conciencia de los sujetos parlantes. Quiere mostrar no como la práctica política ha determinado el sentido y la forma del discurso médico, sino como y con qué título forma ella parte de sus condiciones de emergencia, de inserción y de funcionamiento” (Foucault, 1991: 274).

remite, en última instancia, al proyecto institucional de dominación de la modernidad que identificó Foucault.

No está de más insistir en la importancia de realizar esta investigación en el espacio de formación médica: la escuela de medicina y el hospital de enseñanza. Estos constituyen los escenarios por excelencia donde se gesta la reproducción de las estructuras de desigualdad de género y de poder del campo médico en su conjunto. Un campo que, a la vez, recrea en estas instituciones las condiciones para la producción de su propia legitimidad. Se trata de prácticas con las cuales los/as estudiantes están bien familiarizados/as pero cuya trascendencia, sin embargo, es sistemáticamente desconocida por ellos y ellas.<sup>16</sup>

La actuación de los profesores que hostilizan, discriminan, utilizan y humillan a las alumnas en tanto mujeres, es pues producto de un habitus médico que a su vez comienza a gestarse en los años de formación y que se reproduce puntualmente por medio del ejercicio cotidiano de la profesión. Es decir, de un habitus que es plenamente concordante con la estructura del campo al que pertenece —el campo médico— y que explica la naturalidad con que se despliegan dichas conductas de género; un campo médico que a su vez es parte de un orden social en el que la desigualdad de género es constitutiva. Al enfocar así el objeto de estudio es posible, en primer lugar, comprender por qué se puede ser un profesional de la medicina, en toda la extensión de la palabra, y al mismo tiempo incurrir en este tipo de conductas discriminatorias cuando se enseña: se requiere examinar de qué está hecho socialmente el profesionalismo de los médicos. Es posible, en segundo lugar, darle importancia a las expresiones de resistencia de las alumnas frente a las agresiones de este tipo, y también a sus estrategias de adaptación frente a las mismas, elementos ambos

<sup>16</sup> “La sociología de la educación se ubica en los fundamentos mismos de una antropología general del poder y de la legitimidad. Nos permite, de hecho, comprender los mecanismos responsables de la reproducción de las estructuras sociales y de la reproducción de las estructuras mentales que, dado que están genética y estructuralmente vinculadas a estas estructuras objetivas, favorecen el desconocimiento (*misrecognition*) de su verdad y por lo tanto el reconocimiento de su legitimidad” (Bourdieu, 1996: 5).

que vehiculizan un habitus en formación. Permite comprender, en tercer lugar, la naturalidad con que muchos/as estudiantes –sobre todo varones– viven este tipo de conductas, así como el aparente “desconcierto” que exhiben algunos frente a ellas, para las que no tienen más explicaciones que atribuir las a “la costumbre” o a un simple “no sé por qué a veces somos así los hombres”. Permite advertir, en cuarto lugar, el papel central que desempeña este currículum no-formal, oculto, en la reproducción de las jerarquías dentro de la profesión médica, entre las cuales las de género no son las menos importantes. Y finalmente, permite comprender por qué resulta tan difícil impulsar cambios concretos en la manera en que se forma a los/as médicos/as y transformar el estilo autoritario que caracteriza la relación entre los diferentes rangos de la profesión: si el habitus es la estructura social hecha cuerpo en forma de predisposiciones generativas, atacar dicha estructura es poner en cuestionamiento la propia subjetividad de sus actores.<sup>17</sup>

Con todo, la única vía para el cambio pasa justamente por la objetivación de este tipo de fenómenos, por más incómodos que este tipo de estudios resulten para el *establishment* médico. En la fidelidad a sus propios fines, más que en la complicidad con los poderes fácticos, estriba la fecundidad de una disciplina como la sociología médica.

## Agradecimiento

Debo a Benelli Velázquez la sistematización y análisis preliminar de los testimonios presentados en este trabajo, así como su apoyo en la búsqueda de material bibliográfico.

<sup>17</sup> “Si puede parecer más fácil reformar la seguridad social o las convenciones ortográficas o el currículum de historia de la literatura, esto se debe a que, al defender incluso el aspecto más arbitrario de un arbitrario cultural, los detentadores del capital cultural... están defendiendo no sólo sus acciones, inversiones y valores, sino también algo como su integridad mental” (Bourdieu, 1996: 6).

## Referencias

- Baldwin, Dewitt C., y Steven R. Daugherty. "Do residents also feel "abused"? Perceived mistreatment during internship", *Academic Medicine* 72 (10, 1997), p. S51-S53.
- Baldwin, Dewitt C., Steven R. Daugherty, y Edward J. Eckenfels. "Students perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools", *The Western Journal of Medicine* 155(2, 1991), p. 140-145.
- Becker, H., B. Geer, E.C. Hughes y A.L. Strauss. *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press, 1961.
- Bourdieu, Pierre. *The state nobility*. Stanford, California: Stanford University Press, 1996.
- Bourdieu, Pierre. *Cuestiones de sociología*. Madrid: Istmo, 2000.
- Castro, Roberto. *Teoría social y salud*. Buenos Aires: El Lugar Editorial-CRIM, 2011.
- Castro, Roberto. "Génesis y práctica del habitus médico autoritario: el caso de la violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud en México". *Revista Mexicana de Sociología* 76(2) (2014) (en prensa).
- Castro, Roberto. "Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las Comisiones de Derechos Humanos en el campo de la salud reproductiva". En *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, Carolina Agoff, Irene Casique y Roberto Castro (coords.), Cuernavaca: CRIM, 2013, p. 145-165.
- Conrad, Peter. "Learning to doctor: reflections on recent accounts of the medical school years", *Journal of Health and Social Behavior* 29, 1988, p. 323-332.
- Consejo y Chapela, Carolina, y Carlos Viesca Treviño. "Ética y poder: formación de residentes e internos", *Revista Médica del IMSS* 43 (1), 2005, p. 1-3.
- Consejo, Carolina y Carlos Viesca Treviño. "Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu". *Boletín mexicano de historia y filosofía de la medicina* 11 (1, 2008), p. 16-20.
- Cortés Barré, Michelle. "La letra con sangre entra": el maltrato en la formación médica". *Univ. Méd. Bogotá* (Colombia), 51 (1, 2010), p. 43-48.
- Cribb, Alan, y Sarah Bignold. "Towards the reflexive medical school: the hidden curriculum and medical education research", *Studies in Higher Education* 24 (2, 1999), p. 195-215.

- Eckenfels, E.J., S.R. Duaugherty y D.W.C. Baldwin. "A socio-cultural framework for explaining perceptions of mistreatment and abuse in the professional socialization of future physicians", *Annals of Behavioral Science and Medical Education* (4, 1997), p. 11-18.
- Ehrenreich, Barbara; y Deirdre English. *Por su propio bien. 150 años de consejo de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus, 1990.
- Fahrenkopf, Amy M; Theodore C Sectish, Laura K Barger, Paul J Sharek, Daniel Lewin, Vincent W Chiang, Sarah Edwards, Bernhard L Wiedermann y Christopher P Landrigan. "Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study", *British Medical Journal*, 2008, doi:10.1136/bmj.39469.763218.BE
- Fernández Moreno, Sara Yaneth. "La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6 (12, 2007), p. 52-76.
- Foucault, Michel. *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta, 1979.
- Foucault, Michel. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI, 1981.
- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI, 1983.
- Foucault, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica (Breviarios 191), 1986.
- Foucault, Michel. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI, 1991.
- Foucault, Michel. *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós, 1995.
- Fox, Renée C. *The sociology of medicine. A participant observer's view*. Prentice Hall: New Jersey, 1989.
- Fox, R.C. "Training for uncertainty". En *The student physician: introductory studies in the sociology of medical education*, Merton, R.K., L.G. Reader y P.L. Kendall (eds.) Cambridge M.A.: Harvard University Press, 1957, p. 207-241.
- Goffman, Erving. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
- Hafferty, Frederic W. "Reconfiguring the sociology of medical education: Emerging topics and pressing issues". En *Handbook of medical sociology* (5<sup>th</sup> edition), Chloe E. Bird, Peter Conrad and Allen M. Fremont (editors), New Jersey: Prentice Hall College, Upper Saddle River, 2000, p. 238-257.

- Hacking, Ian. "Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction", *Economy and society* 33 (3, 2004), p. 277-302.
- Herrera-Silva, Jorge Carlos; Aida Treviño-Moore, Carlos Germán Acosta-Corona. "Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora", *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 63 (1) (enero-febrero, 2006). Disponible en: <[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462006000100004](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000100004)>
- Hughes, Everett C. *The sociological eye. Selected papers*. London: Transaction Publishers 1993.
- Iglesias Benavides, José Luis; Donato Saldívar Rodríguez, Victoria Bermúdez Barba y Abel Guzmán López. "Maltrato del estudiante en medicina. Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto años de la carrera", *Medicina universitaria* 7 (29, 2005), p. 191-202.
- Jacobson, Nora. "Dignity violation in health care", *Qualitative health research* 19 (11, 2009), p. 1536-1547.
- Kassebaum, Donald G., y Ellen R. Cutler. "On the culture of student abuse in medical school", *Academic Medicine* 73 (11, 1998), p.1149-1158.
- Lempp, Heidi y Clive Seale. "The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching", *British Medical Journal* 329, (2004), p. 770-3.
- Luke, Haida. *Medical education and sociology of medical habitus: "It's not about the Stethoscope!"*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2003.
- Loría Castellanos, Jorge; Angélica Soria Huerta, Guadalupe Márquez Ávila, Rafael Chavarría Islas, Juan Manuel Rocha Luna y Víctor Cazales Espinosa. "Actitudes docentes de médicos de urgencias de un hospital de 2° nivel", *Archivos de Medicina de Urgencia de México* 2(2, 2010), p. 47-54.
- Maslach, Christina, y Susan E. Jackson. "Burnout in health professions: a social psychological analysis". En *Social psychology of health and illness*, Glenn S. Sanders y Jerry Suls (eds.), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc., Publishers, 1982, p. 227-240.
- Merton, R.K., L.G. Reader y P.L. Kendall (eds.). *The student physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, M.A: Harvard University Press, 1957.

- Musselman, Laura J., Helen L. MacRae, Richard K. Reznick y Lorelei A. Lingard. “You learn better under the gun”: intimidation and harassment in surgical education”, *Medical Education* 39, (2005), p. 926-934.
- Oakley, Ann. *The captured womb: history of the medical care of pregnant women*. London, Blackwell publishers, 1985.
- Rautio, Arja., Vappu Sunnari, Matti Nuutinen, y Marja Laitala. “Mistreatment of university students most common during medical studies”, *BMC Medical Education* 5, (2005), p. 36.
- Rosenberg, D.A., y H.K. Silver. “Medical student abuse: an unnecessary and preventable cause of stress”, *Journal of the American Medical Association* 251, (1984), p. 739-42.
- Sheehan, K.H., D.V. Sheehan, K. White, A. Leibovitz y D.C. Baldwin. “A pilot study of medical student ‘abuse’: student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school”, *Journal of the American Medical Association* 263, (1990), p. 533-537.
- Silver, Henry K., y Anita Duhl Glicken. “Medical student abuse. Incidence, severity and significance”, *Journal of the American Medical Association* 263, (1990), p. 527-532.
- Terés Castillo, Cheryl. “Qué está pasando con los valores profesionales en la formación de los médicos. Visión del alumno”, *Educación Médica* 9 (1, 2006), p. S9-S11.
- Thomas, N.K. “Resident burnout”, *Journal of the American Medical Association* 292, (2004), p. 2880-2889.
- Wear, Delese; Julie M. Aultman, Joseph Zarconi y Joseph D. Varley. “Derogatory and cynical humor directed towards patients: views of residents and attending doctors”, *Medical Education* 43, (2009), p. 34-41.
- West, Candence. “When the doctor is a ‘lady’: power, status and gender in physician-patient encounters”. *Symbolic Interaction* 7(1), 1984, p. 87-106.



# Violencias cotidianas, acoso laboral y salud

ROCÍO FUENTES VALDIVIESO

RESUMEN: El objetivo del presente artículo es analizar las condiciones en que laboran las mujeres profesionistas y los conflictos con los que se enfrentan cotidianamente a varias décadas de su inserción en el mercado laboral y como la violencia cotidiana y el acoso laboral o *mobbing* constituyen parte de las múltiples formas de discriminación que viven las mujeres y que muchas veces inhibe su productividad y sus aspiraciones de realización personal. La metodología utilizada para la elaboración del presente artículo, es de corte cualitativa. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas en profundidad, además de la observación de agresión en mujeres en algunos ambientes laborales como instituciones y empresas. Los hallazgos mostraron que las mujeres enfrentan continuamente violencia cotidiana que les provoca una variedad de emociones que alteran su salud como el miedo, sensación de cansancio, irritabilidad, pesimismo y, varias de ellas buscan la renuncia o la jubilación anticipada a su empleo ante el hartazgo emocional.

PALABRAS CLAVE: agresión, lenguaje, cultura, mujeres.

La incorporación de las mujeres a los ámbitos laborales fuera de los espacios domésticos tanto en México como en otras partes del mundo, generó cambios en la vida laboral desde mediados del siglo XX hasta

los inicios del XXI. Por lo que es importante analizar las condiciones en que laboran las mujeres profesionistas y los conflictos con los que se enfrentan cotidianamente a varias décadas de su inserción. Las preguntas que se buscaron responder con esta investigación son las siguientes ¿Cómo impacta la violencia cotidiana la vida de las mujeres profesionistas y trabajadoras? ¿Cuándo es violencia cotidiana y cuándo es acoso laboral? De esta manera, buscamos dar cuenta del proceso de conformación de la violencia cotidiana con características grupales que se ha conocido en la teoría no necesariamente feminista, como *mobbing* o acoso laboral y que repercute de manera negativa en la salud.

Las violencias cotidianas son violencias de género. Desde la perspectiva que señala Marcela Lagarde en su libro *Género y feminismo*, “Cada mujer y cada hombre sintetizan y concretan en la experiencia de sus propias vidas el proceso sociocultural e histórico que los hace ser precisamente ese hombre y esa mujer; sujetos de su propia sociedad, vivientes a través de su cultura...” (Lagarde, 2001: 36). Así podemos decir, que lo que para algunas personas es acoso y violencia para otras no lo es. Sin embargo, es violencia cuando la acción es intencionada y lleva el objetivo de dañar a alguien y principalmente a alguna o varias mujeres. El tipo de acoso al que nos referiremos en este trabajo se le ha llamado *mobbing*, cuya traducción del idioma inglés, del verbo *to mob*, que se traduce como acosar, no es tan específica en el español, pero se trata de un acoso grupal que en diversas ocasiones inicia de manera sutil e individual, que aumenta en intensidad hasta dejar a las personas acosadas emocional y físicamente discapacitadas.

Actualmente, varias mujeres profesionistas que laboran en una institución o empresa hablan de manera directa sobre sus experiencias y los diferentes tipos de agresión que sufren o que padecieron de forma silenciosa y sutil a lo largo de sus trayectorias laborales (Fuentes, 2009). Las mujeres reconocen el acoso como un problema; esto es, porque se ha visibilizado por medio de diferentes movimientos sociales, principalmente del feminista, que las mujeres no deben vivir y trabajar con violencia (Hirigoyen, 2001; Lagarde, 2001; Lamas, M., 2006).

La metodología utilizada para este trabajo fue de corte cualitativo y se buscó rescatar las trayectorias laborales de mujeres trabajadoras

principalmente profesionistas, para entender cómo se configura y reproduce un tipo de violencia que alcanza niveles de agresividad psicológica incalculables, misma, que actualmente constituye un componente esencial de la vida laboral.<sup>1</sup> Las entrevistas se aplicaron a diez mujeres con diversas edades y grados de escolaridad: dos con nivel licenciatura, tres con maestría, dos con doctorado, una con posdoctorado y dos estudiantes de doctorado en ciencias sociales.

Los casos que se eligieron fueron los más representativos de lo que es la violencia cotidiana, y, que por la persistencia de la agresión que comprendió periodos mayores a seis meses, pasó a ser un acoso laboral o *mobbing*. Los datos se obtuvieron a partir de 10 entrevistas seleccionadas de un total de 45 entrevistas en profundidad aplicadas a mujeres profesionistas que participaron de manera voluntaria por consentimiento informado. El objetivo fue analizar los procesos de acoso psicológico laboral y sus inicios en un tiempo mayor a seis meses. Los datos obtenidos se centraron en la percepción y vivencia de las mujeres en los ambientes laborales.

El artículo se encuentra conformado de la siguiente manera: primero se aborda un marco teórico, retomado de la teoría feminista, que muestra los argumentos que sustentan los conceptos para el análisis del tema y, posteriormente, se exponen las reflexiones de los casos, hasta llegar a las consideraciones finales. Debido a las limitaciones de extensión del documento no se expondrán los casos.

## El feminismo como una herramienta para el estudio del acoso psicológico laboral (*mobbing*)

El feminismo como un conjunto de posturas teóricas, ha permitido reconocer las desigualdades que prevalecen en la sociedad (Blázquez, 2010. Lagarde, 2001). Aunque las posiciones feministas pueden ser

<sup>1</sup> Este trabajo tiene su antecedente en una investigación antropológica que inició en el año de 2009 que trata sobre el Acoso grupal en el trabajo y su relación con la fibromialgia. Es parte de un proyecto en curso apoyado por el Instituto Politécnico Nacional (IPN).

heterogéneas, existen dos puntos en los que se tiene consenso, el primero es que el género se encuentra en interacción con otras categorías como raza, clase, etnia, edad y preferencia sexual; y el segundo plantea que no es suficiente entender como funciona y como está organizada la vida social, sino también es necesaria la acción, por lo que uno de los compromisos centrales del feminismo es el cambio, pero sobre todo el cambio social progresivo en general (Blázquez, 2010, p. 34).

Por otro lado, Mabel Burín analiza desde el psicoanálisis la subjetividad de las mujeres y los aspectos laborales, observa que existen elementos objetivos y subjetivos que impiden el desempeño laboral de las mujeres como resultado de las sociedades patriarcales en las que están insertas (Burín, 2008). Según esta autora, las subjetividades femeninas están permeadas por aspectos sociales y culturales que desde el psicoanálisis son entendidos desde una perspectiva individual, esto es cuando los sujetos entienden sus procesos de vida. Tales sentimientos moldean los comportamientos y aspiraciones laborales de las mujeres e impiden de diversas maneras que ellas avancen en los ascensos, topándose constantemente con el llamado “techo de cristal.” Este concepto es descrito a partir de su doble inscripción: en su aspecto objetivo, como una realidad discriminatoria hacia las mujeres existente en la mayoría de las organizaciones laborales, y como una realidad subjetiva que impone detención y retroceso en los proyectos de las mujeres.

Así, el techo de cristal se define “como una superficie superior invisible en la carrera laboral de las mujeres, difícil de traspasar, que les impide seguir avanzando. Su carácter de invisibilidad está dado por el hecho de que no existen leyes ni dispositivos sociales establecidos ni códigos visibles que impongan a las mujeres semejante limitación, sino que está construido sobre la base de otros rasgos que, por su invisibilidad, son difíciles de detectar” (Burín, *op. cit.*: 38). El miedo a padecer alguna agresión con violencia y acoso laboral, detiene a algunas mujeres de seguir avanzando en términos laborales y profesionales; para otras que deciden hacerlo, aún con la violencia cotidiana y acoso, a veces pagan costos muy altos tanto en su vida personal como en la salud.

Para Mabel Burín el llamado techo de cristal, “se gesta en la temprana infancia y adquiere una dimensión más relevante a partir de la pubertad en las niñas”. La importancia del análisis de este fenómeno en los estadios tempranos de la configuración de la subjetividad femenina se manifiesta cuando comprendemos sus efectos ulteriores, sobre su salud mental y sus modos de enfermar. Es desde esta perspectiva, que las subjetividades de las mujeres se moldean para desempeñarse en los espacios laborales, desde sus formas de redimir sus labores hasta las maneras de rivalizar entre mujeres. De esta forma se considera que el techo de cristal, el piso pegajoso, el laberinto y las fronteras, forman parte de las subjetividades que componen las violencias cotidianas y el acoso laboral o *mobbing*. Los datos empíricos nos muestran que son varias las mujeres que se enfrentan con situaciones que les impide sobresalir y desarrollarse laboralmente, no sólo por las condiciones subjetivas, sino también por las objetivas como son la políticas de las empresas, las instituciones y las normas que rigen la organización.

Al tratar de entender la subjetividades femeninas con una aproximación de los conceptos propuestos por Mabel Burín, se puede constatar que en los espacios laborales mexicanos, las mujeres se enfrentan continuamente con los lenguajes sexistas, con el acoso de diferentes tipos como son el psicológico y el sexual (Castañeda, 2002; Fuentes, 2009; Velázquez, 2006); hecho que les genera malestar y ello las vuelve vulnerables en los ambientes laborales. Así también manifiestan síntomas diversos que les altera la salud, como rigidez en el cuello, sensación de cansancio acompañado de fatiga excesiva, insomnio, dolor músculo esquelético discapacitante, frustración, sensación de tristeza; así al enfermar presentan una sintomatología compleja cuyos diagnósticos médicos y el tratamiento no siempre generan bienestar, pero sí pueden llegar a provocar una adicción al consumo de antidepresivos y analgésicos o polifarmacia (Hirigoyen, 2001; Fuentes y Lara, 2011; Ordorika, 2009).

Actualmente se viven momentos de cambios sociales en los que las experiencias laborales se están reconfigurando debido a que cada vez se le exige a la población trabajadora una mayor productividad por medio de la competición, metas y gratificaciones, éstas últimas se

dan en bonos o una cantidad mayor del salario, pero las premiaciones sólo son para algunos/as y no para todos y todas, esta situación crea entre los y las trabajadores/as tensión y ansiedad en sus espacios laborales, y hace que trabajen jornadas de hasta doce o más horas para alcanzar los requerimientos de la productividad. Así las formas institucionales generan violencia e incomodidad entre las/os trabajadoras que laboran en ellas, aunque, los modelos de competencias parezcan menos agresivos y más humanos en un sentido más amplio, las consecuencias de estas políticas de gestión son la provocación de violencias e insatisfacciones principalmente entre las mujeres profesionistas (Bustos, 2008).

Por otro lado, Celia Amorós, en una entrevista periodística, señala que las mujeres que buscan autonomía suelen ser las más agredidas, pero que también las mujeres reproducen un círculo vicioso en cuanto a su formación de subordinadas:

El problema de las mujeres es que ya van cojas al mercado de trabajo y se produce así un círculo vicioso. Entran en desventaja al mercado laboral por la situación que tienen en la familia, y a su vez, se refuerza esa situación de subordinación que tienen en la familia por las condiciones de inferioridad en que se encuentran en el mercado laboral. La ley de conciliación podría romper en alguna medida ese círculo vicioso, pero hay que implementarla adecuadamente.

En el lugar de trabajo se manifiestan los aspectos subjetivos y las maneras en que las mujeres conciben el mundo, es aquí donde se reproducen las formas patriarcales en las que las mujeres fueron educadas, y por otra parte, los hombres imponen sus propias formas patriarcales entendidas como el ejercicio del poder, a esto se le puede llamar, patriarcados locales que se desarrollan en cada institución o empresa. Al patriarcado local se le define como, el ejercicio de poder que practican los hombres desde cada una de sus posiciones o jerarquías y en el que participan las mujeres sujetándose a ellos y a sus deseos. Los hombres establecen pactos y acuerdos entre ellos mismos, que son aceptados tácitamente hasta institucionalizarse; la alteración

de éstos genera conflicto a los hombres cuando ven invadidos sus espacios de poder sobre todo en el ámbito laboral; así las instituciones desarrollan sus propias formas de patriarcado y junto con ello sus sanciones. Aquellos hombres o mujeres que pongan en riesgo el poder establecido, son agredidos (as) y pueden llegar a vivir un acoso psicológico laboral severo.

## La violencia cotidiana

La violencia cotidiana es aquella que lastima a una persona hombre o mujer dentro del espacio laboral, es parte del ambiente de trabajo y se presenta frecuentemente por medio del lenguaje hablado y no hablado o paralenguaje. Se entiende por violencia contra las mujeres, como “cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público” (Ley General de Acceso a las Mujeres para una vida libre de violencia).

Las violencias cotidianas, como su nombre lo indica, son una parte inherente de la educación y la cultura, son actos pensados para provocar malestar. Entre las más comunes, están las miradas que recorren los cuerpos, así sean de hombres o de mujeres, las burlas, las críticas en la forma de vestir y desempeñarse, la mediatización de la vida personal, la descalificación abierta y constante de los trabajos profesionales y académicos. De este modo, los ambientes laborales se tornan tóxicos cuando se anteponen los intereses personales y se disipa el trabajo en equipo cordial y respetuoso. Se entiende por ambiente de trabajo la construcción subjetiva de un espacio de interacción; es subjetiva porque se crean espacios idealizados y considerados como propios, puesto que es un lugar donde se labora por una o más horas, asimismo, es el terreno donde el sujeto desarrolla actividades que se relacionan con aspectos laborales y académicos o que implican relaciones sociales mediadas por una relación jerárquica, como: jefe/a-subordinada, alumna-profesora (or) (Fuentes y Lara, 2011:299).

Por otra parte, el clima laboral es la suma de las sensaciones físicas y emocionales percibidas por las personas en los lugares donde laboran. Entre estas sensaciones están la comodidad corporal, las sensibilidades estéticas y las relaciones sociales; además pueden influir en ellas la ubicación del puesto de trabajo que ocupa una persona y el tipo de entorno social en que está inmersa. Un ambiente laboral adecuado, puede aminorar las relaciones hostiles de quienes trabajan en él, o al contrario, enfatizarlas (Hall, 1990; Montmolín, 1996).

Por tanto, la violencia laboral es toda acción ejercida en el ámbito del trabajo que manifieste abuso de poder por parte, del empleador, del personal jerárquico, de quien tenga la función de mando, de un tercero vinculado directa o indirectamente con él o quien tenga influencias de cualquier tipo sobre la superioridad. Esta acción es ejercida sobre el/la trabajador/a, atentando contra, su dignidad, integridad física, sexual, psicológica o social, mediante, amenazas, intimidación, maltrato, persecución, menosprecio, insultos, reiteradas bromas sarcásticas, discriminación negativa, desvalorización de la tarea realizada, imposición, inequidad salarial, exclusión de las propuestas de ascensos, traslados compulsivos, acoso psicológico y el acoso sexual (Fuentes y Lara, 2007).

La violencia cotidiana a diferencia del *mobbing* o acoso laboral, es circunstancial, en algunas ocasiones es pasajera y a la persona agredida suele olvidársele el momento de la agresión, mientras que en el *mobbing* se trata de un acoso psicológico persistente dirigido hacia una persona o bien puede ser un grupo de personas, por tanto, para que el acoso se vaya desarrollando requiere de un proceso que va acompañado de un periodo de gestación como se ha señalado en investigaciones sobre el tema de *mobbing* (Hirigoyen, 2005; M. Parés, 2006; Fuentes y Lara, A., 2007). El *mobbing* se considera como un proceso de agresión que puede ir de lo simple a lo complejo, como se muestra a continuación.

## *Mobbing* o acoso laboral

El *mobbing* como su nombre lo indica, es un tipo de agresión encubierta que no se había estudiado en México con mayor sistematización

como ahora está ocurriendo, si bien el feminismo ha mostrado que la violencia hacia las mujeres es histórica, todavía no existen datos cuantitativos que nos permitan conocer y particularizar la frecuencia de los diversos tipos de violencia en México.

Los antecedentes del *mobbing* se remontan a los estudios etológicos que realizó Konrand Lorenz, quien utilizó el término para referirse al ataque de un grupo de animales pequeños gregarios acosando a un animal solitario mayor (Lorenz, 1991). Leyman adoptó el término en la década de los ochenta al toparse con conductas similares en el mundo laboral (Leyman, 1996). A finales del siglo XX Marie France Hirigoyen, da cuenta de la complejidad y de lo confuso que aparece este problema en contextos reales, debido al conjunto de aspectos morales que intervienen en los acosos. Marina Parés, explica que el *mobbing*, suele proceder de agresiones entre iguales como colegas o jefes de la misma edad que tienden a agredirse más que otros en los trabajos (Parés, 2007). Sin embargo, estudios recientes han mostrado que el acoso laboral es más profundo y complejo de lo que se puede imaginar. En él intervienen aspectos subjetivos como es el odio, la xenofobia, la homofobia, y la discriminación a lo étnico o lo diferente (Fuentes, 2012).

Por otra parte, en México se ha mostrado que los resultados de un proceso largo y doloroso como es el acoso laboral tienen repercusiones en la salud de quienes lo padecen, pero que, además, tiene efectos secundarios entre los miembros de las familias de las víctimas (Fuentes y Lara, 2011a).

El problema no está necesariamente en la acosada, sino en la parte acosadora; pues subyacen otros aspectos subjetivos, entre ellos los prejuicios sociales para ejercer el acoso laboral (Hirigoyen, 2001). Detrás de las políticas institucionales están presentes hombres y mujeres que representan un cargo, todas ellas llevan consigo un conjunto de aspectos simbólicos que están atravesados por su cultura de la que no pueden deshacerse fácilmente (Volio, 2008).

Tales órdenes sociales llevan a la reproducción de prácticas violentas incuestionables que se perpetúan en la sociedad. La agresión se ve como cotidiana, normal, tácitamente institucionalizada, cuando no lo es, y tampoco debe ser aceptada en ninguna de sus formas (Fuentes,

2012). Las desigualdades sociales dentro de los espacios laborales hace que la comunidad trabajadora viva tensión y ansiedad, tanto dentro como fuera de ellos, tal es el caso de los y las profesionistas e investigadores/as que pretenden permanecer en el Sistema Nacional de Investigadores que tienen que demostrar una sobreproducción académica (SNI) (Álvarez *et al.*, 2010).

Los espacios laborales se convierten en campos de acción para descargar los sentimientos más crueles como el odio, la envidia, la ira, pero también, otros como el amor y las relaciones amistosas. Paradójicamente, la formalización de relaciones amorosas en tales espacios, pueden desencadenar actos violentos entre pares derivados de la celotipia causada por tales relaciones, además, cuando de manera irresponsable se tienen uno o más vínculos amorosos en el mismo lugar, las relaciones entre compañeros/as de trabajo suelen tornarse más agresivas por las rivalidades y los celos entre los y las implicadas. La irresponsabilidad del manejo de los sentimientos y emociones en las escuelas de educación superior desatan rivalidades entre profesores y alumnas (os), o bien con la pareja del profesor o la alumna; aunque las relaciones no sean del todo abiertas y reconocidas, se mediatizan y provocan agresiones, marginación y rivalidad.

El *mobbing* se conforma por procesos complejos que no tienen una explicación específica e inmediata, porque muchas veces la persona acosadora no sabe por que arremete contra alguien y no puede reconocer porqué lo hace. La parte acosadora no admite sus sentimientos, prefiere encubrirlos, justificarlos, antes que aceptarlos y si acaso lo hace, lo guarda para él o ella mismo (a). De acuerdo con Aaron Beck (2003), este es uno de los mecanismos más humanos de esconder la vergüenza de los actos, porque la persona que arremete sutil o abiertamente teme verse descubierta y que los/as demás se enteren de la miseria humana que traslada bajo una personalidad aparente de eminencia, líder, profesor/a emérito/a y más. La investidura de “eminente”, algunas veces, le concede a otros u otras el poder de agredir y atacar a hombres y mujeres que se encuentran en situación de debilidad o de subordinación.

Existe una gran diversidad de razones que hacen que una persona en el puesto de jefatura o un/a colega se convierta en acosador/a u

hostigador/a, también existen ambientes propicios para que este fenómeno se dé con mayor facilidad y rapidez. Pocas veces los/as responsables del personal y la dirección de la institución tienen en cuenta las rivalidades que se entretienen en su interior y justifican las acciones con la negación de su importancia. Por otra parte se dan momentos en que los responsables de personal y la dirección de la institución o empresa deberían estar más en alerta ya que parecerían ser un buen vehículo transmisor de tendencias acosadoras, dichos momentos son: situaciones de crisis como un cambio de dirección, elevada carga de trabajo, reducción de la jornada o de las horas contratadas sin bajar el nivel de producción (González *et al.*, 2004).

### El proceso del *mobbing*

El *mobbing* o acoso laboral, como ya se ha dicho, es parte de un proceso que puede variar en diversos tiempos, se han sistematizado cinco fases: a) fase de enamoramiento, b) fase de conflicto y estigmatización, c) fase de intervención de la empresa, d) fase de marginación y exclusión; e) fase de salida de la organización.

La primera fase o de enamoramiento, se desencadena a partir de situaciones simples y cotidianas: una pequeña discusión, un saludo no correspondido por accidente, en un principio es eso, lo simple; pero pronto se elevará de intensidad, si no es abordado con la suficiente antelación, se pierde la comunicación y se manejan dobles discursos. La fase de enamoramiento todavía no es acoso, es desde la perspectiva de éste trabajo, parte de la violencia cotidiana, es aquí donde se gesta el acoso, ocurre lo inconfesable, surgen sentimientos diversos como por ejemplo, la comparación personal. De acuerdo con Aaron Beck (2003) la comparación personal provoca sufrimiento en los seres humanos, además que conduce a la envidia. La segunda fase o de conflicto, es cuando el acoso adquiere comportamientos repetidos, su intención es causar incomodidad en la persona acosada, hacerle algo que le duela que sienta el poder de quien le estigmatiza y aísla. La fase de intervención de la empresa, cuando decide intervenir la línea

jerárquica, el problema está bastante avanzado y casi siempre se encuentran perjudicados por las descalificaciones de la persona o grupo acosador. Sin embargo, existen directivos(as) que sí intervienen y tratan de ser objetivos(as) sin dejarse llevar por las descalificaciones, rescatan al/la trabajador/a docente o alumnas (os), a través de una investigación y revisión del caso. Esto sucede cuando se trata de directivos(as) profesionales y con una práctica ética. La fase de marginación surge cuando las repercusiones del acoso son evidentes tanto en sus relaciones familiares como en su espacio laboral. En este caso la persona acosada requiere ayuda médica. La última fase consiste en la salida de la organización, en ésta algunas veces se logran los cambios de departamento o de zona y otras son despedidas sin mediar palabra ni justificar las causas de dicho despido.

El origen del *mobbing* no es el conflicto, sino la “perversión”, entendida como formas de actuar, pensadas y dirigidas a causar daño a alguien utilizando diversos medios de comunicación (verbal y no verbal), es también el fallo de los mecanismos de resolución de conflictos; para Rafael Echeverría, el conflicto se resuelve a través de la comunicación porque abre posibilidades de acción e intervención que otras interpretaciones no pueden ofrecer (Echeverría, 2007). Sin duda, la comunicación es indispensable, pero se requiere algo más como la voluntad y la ejecución de la misma para dejar de acosar.

La acosada no entiende qué pasa, se desfigura su idea de ser aceptada por los otros, atraviesa por un lapso de tiempo para entender que hay un malestar cuyo origen no puede explicar. Todo cambia, la autoestima y confianza de la acosada se resienten, la presión a la que es sometida le inquieta y los cambios en su carácter comienzan a hacerse evidentes, se vuelve arisca, antipática, desconfiada, solitaria y silenciosa, camina con la mirada baja o también asume una postura de indiferencia como un mecanismo de defensa de su autoestima (Beck, 2003). Algunas personas niegan la vivencia de este tipo de violencia, no quieren reconocerlo porque tal vez les llevaría a solicitar su renuncia y temen perder su puesto de trabajo. Mientras, que la persona acosadora algunas veces asume una postura narcisista, de indiferencia, demuestra su poder, camina erguida, triunfante, algunas

veces sonriente, amable con otros/as colegas o compañeros/as. Atrae a compañeros/as o colegas hacia sus propósitos; algunos/as se quedan al margen pero también disfrutan de lo que le pasa al otro/a, así se vuelven testigos/as mudos/as.

Algunas mujeres se mantienen en su empleo, aunque a precios altos; sobreviven temporadas de más y menos agresión. En los casos en que la empresa decide explicar los motivos de la baja lo hace basándose en pruebas estrictamente laborales: falta de rendimiento, continuas bajas, ausencias en el puesto de trabajo. En otros casos, los/as colegas envían malas referencias y descalificaciones al nuevo lugar de trabajo con el fin de acabar con la integridad de la persona acosada. En ello radica la perversidad del *mobbing*; los sentimientos que se desatan no tienen límites, se busca descalificar al otro, anularlo (a). El acoso laboral puede provocar el suicidio. Durante el proceso de agresión la comunicación desempeña un papel importante, pues se comunica también con los gestos y el metalenguaje, como a continuación se muestra.

## La comunicación no verbal de las violencias cotidianas y el *mobbing*

Los seres humanos comunicamos con nuestros cuerpos, actitudes y comportamientos, todo ello es significado culturalmente. La violencia cotidiana tiene diferentes formas de expresión no verbal: los gestos, las miradas, el movimiento de las manos, las sonrisas burlonas, la negación de los saludos, los silencios, expresan sentimientos que son interpretados por él o la receptora (Davis, 2005). Por otro lado, la descalificación constante dirigida hacia una mujer u hombre como las burlas acompañadas de sonrisas irónicas, el doble discurso provoca confusión e incertidumbre. Además, la incertidumbre y las confusiones generan desconciertos, ello es utilizado por las personas acosadoras como las oportunidades propicias para hacer incurrir a la acosada en el error laboral, como por ejemplo, la mala elaboración de un documento necesario para cualquier trámite. Cuando el *mobbing* aparece

se manifiestan los odios, es decir, el deseo de anular al otro u otra, con el acoso psicológico persistente, se escapan las emociones humanas más miserables; la amabilidad encubierta desaparece para dar paso a la ira, al deseo de lastimar al otro con una mirada, con la expresión corporal de los puños cerrados, la respiración entrecortada, algunas veces aparece el aleteo nasal, algunos(as), no pueden controlar el temblor de su cuerpo cuando observan a su acosada, encorvan los brazos, les tiembla el labio superior, aparecen las sonrisas burlonas y nerviosas acompañadas de miradas fijas que se detienen en alguna parte del cuerpo de la acosada(o) (Fuentes, 2009).

## El acoso laboral y sus manifestaciones físicas en las mujeres

Las mujeres que han vivido este proceso dicen sentirse enojadas, con un vacío existencial, es para algunas un asesinato emocional. Los datos empíricos muestran que durante la vivencia de estos procesos, las personas sienten que pierden el sentido de la vida. Así, en los hallazgos de la investigación realizada por Fuentes y Lara (2011), se registró que varias mujeres presentaban un conjunto de síntomas que se asocian con la fibromialgia. La fibromialgia afecta predominantemente a mujeres, un hito importante en su historia han sido los estudios epidemiológicos realizados en diversas partes del mundo, los cuales han concluido que el padecimiento lo sufre aproximadamente entre 2 y 4 por ciento de la población en general y de ese porcentaje 80 y 90 por ciento de los afectados son mujeres (Martínez, 2008). La fibromialgia se caracteriza por dolor en diversas partes del cuerpo, cansancio que no mejora con el reposo, insomnio, hormigueo o calambres en brazos, o piernas e hipersensibilidad a la presión en diferentes áreas del cuerpo, dolor de cabeza, intestino irritable, ansiedad acompañada de sensación de nudo en la garganta con llanto esporádico y depresión.

La etiología de la fibromialgia es desconocida, no es fácil de identificar, es probable que las consecuencias de vivir un largo o corto proceso de acoso psicológico puedan desencadenarla. La investigación

científica de los procesos de sufrimiento y sus consecuencias en la salud, contribuye a conocer el conjunto de síntomas que viven mujeres y hombres que padecen dolor crónico. Aunque es un padecimiento caracterizado como de mujeres, también los hombres han mostrado que desarrollaron los síntomas de la fibromialgia aunque de forma pasajera, es decir, sufrieron de dolores agudos que desaparecieron después de un tiempo de haber dejado la empresa o el lugar donde estaban viviendo el acoso, o bien que se olvidaron de los sucesos traumáticos (Fuentes y Lara, 2011a). No así en las mujeres, quienes refieren que los dolores suelen ser activados en diversos momentos de sus vidas, sobre todo cuando han vivido episodios traumáticos como exposición a la ridiculización pública, descalificación constante y permanente por parte de sus superiores o subordinados en sus trabajos (Fuentes y Lara, 2011).

Las mujeres que han vivido acoso sexual en su vida laboral muestran una mayor susceptibilidad al dolor difuso, al desgano emocional que ha dado origen a una irritabilidad constante en algunas de ellas (Fuentes y Lara, 2011). En suma, la fibromialgia (FM) se refiere a un grupo de trastornos comunes reumáticos no articulares, caracterizados por dolor y rigidez de intensidad variable de los músculos, tendones y tejido blando circundante, y un amplio rango de otros síntomas (Martínez, 2008).

Las consecuencias de la fibromialgia en la vida laboral de las mujeres son diversas: la primera y más visible cuando se padece fibromialgia suele ser la económica, sobre todo cuando la responsabilidad del núcleo familiar recae en ellas. Las mujeres al enfermar poco a poco irán abandonando sus responsabilidades en el trabajo por los constantes permisos para ir a consulta médica. El dolor no comprendido de la fibromialgia en los espacios laborales hará más susceptible a la paciente de vivir acoso psicológico laboral o algún tipo de castigo o maltrato por parte de sus jefes en caso de ausentarse continuamente por su malestar físico. Al no poder afrontar las consecuencias de la incompreensión dejará la vía libre al maltratador para “enseñarse” más con su víctima, esta enfermedad le dará la “razón” en sus constantes comentarios de “tú no sirves para nada”, “siempre está enferma”,

“solicita demasiadas incapacidades”, todo ello hace posible que se argumente en contra de las mujeres con estos padecimientos. La segunda consecuencia es la decadente estabilidad emocional de la víctima ante una situación de menosprecio sistemático. Todo el colectivo de enfermos de fibromialgia ha padecido situaciones de incredibilidad, se les asocia con enfermedades psiquiátricas y no todos los/as médicos/as saben diagnosticar la enfermedad, así que suelen ser doblemente maltratadas. La falta de información es uno de los obstáculos para su diagnóstico.

## Percepción de la violencia cotidiana y el acoso laboral o *mobbing* entre las mujeres estudiadas. Resultados de la investigación

Las preguntas iniciales que comprende este trabajo permiten reconocer que las violencias en las instituciones se forman a través de aspectos subjetivos como son los sentimientos, emociones y las rivalidades que surgen por las competencias profesionales, y por los objetivos que comprenden las políticas institucionales que cada vez están más orientadas a una evaluación docente por puntaje y productividad, que asegura la permanencia laboral o de posibles becas para el estudiantado.

Los diez casos de las mujeres entrevistadas mostraron que el acoso laboral, inició como una violencia cotidiana hasta llegar a un acoso de tipo laboral o *mobbing*. Las mujeres entrevistadas perciben que son continuamente objetos de burlas y bromas tanto en los espacios laborales como los escolares. El blanco del acoso inició con sus cuerpos en todas ellas, después hubo intromisión en la vida personal.

Las mujeres señalaron que los hombres se mofan y burlan de las mujeres pero algunas veces no siempre lo consideran como violencia. Las mujeres se sienten más observadas y evaluadas por sus cuerpos por colegas y jefes o profesores. Las alumnas perciben que son más reprobadas que los hombres tanto por profesores como por profesoras.

Las alumnas han identificado que algunas profesoras califican mejor a los hombres que a las mujeres, principalmente cuando las

alumnas son reconocidas, en su entorno, como físicamente atractivas, o por el contrario, cuando presentan otras características físicas que no las identifican como atractivas (como por ejemplo, los aspectos relacionados con el peso). Ellas consideraron el aspecto físico como uno de los elementos detonantes del acoso.

En las instituciones se observó que aunque las mujeres se quejen de cualquier tipo de hostigamiento o acoso pocas veces se les hace caso, para actuar y castigar a los acosadores, sobre todo cuando se trata de profesores. Las quejas de alumnas o docentes pasan desapercibidas o bien, fueron turnadas al sindicato, sin que se lograra mayor trascendencia. El sindicato consideró los casos de acoso laboral como problemas de “mujeres”, entendidos como chismes, celos y rivalidad. A ellas se les ve como las provocadoras de los problemas y casi siempre se dice que las “mujeres son las peores enemigas de las mujeres”. La rivalidad entre mujeres está sostenida por las competencias personales, pero algunas veces son provocadas por los mismos hombres, estas rivalidades casi siempre obedecen al patriarcado local que se desarrolla en los espacios laborales. En algunos casos, cuando un hombre no es correspondido por una mujer u hombre a sus demandas amorosas o sexuales, se desata el acoso laboral o *mobbing*, esto es que la jerarquía organiza el acoso y las demás partes de la institución (colegas, compañeros y trabajadores en general) se hacen cómplices, pues legitiman las afirmaciones del acosador concediéndole la razón y el poder; estos comportamientos miméticos son culturales y en términos antropológicos se dan como una muestra de solidaridad entre compañeros y colegas. El cuadro 1 muestra las conductas con las que inició el acoso, asimismo la invasión a la vida personal como una de las formas de descalificación y las manifestaciones en la salud.

## Consideraciones finales

En suma, la violencia cotidiana y el *mobbing* que prevalecen en las diversas instituciones, empresas y organizaciones tienen serias repercusiones en la salud. Después de un recorrido teórico desde el feminismo

se puede decir, que las violencias cotidianas como el acoso laboral o *mobbing* son la expresión del patriarcado. El *mobbing* en tanto que es un proceso largo y prolongado de acoso es una expresión del poder en los espacios laborales. Se trata de abusos de poder, del goce de lo mal que les puede ocurrir a las mujeres, se busca desestabilizarlas por cualquier medio. Con el acoso laboral se persigue la aniquilación emocional de las mujeres que representan una amenaza incluso para otras mujeres. Las sociedades patriarcales se caracterizan por el poder que ejercen los hombres en todos los ámbitos de la vida (Lagarde, 2001), por tanto es difícil que un jefe o un colega que se percibe despreciado por una mujer no reaccione en contra de ella, pues, casi siempre el rechazo es significado como el desprecio que debilita su poder masculino. Los hombres sí pueden ver la desigualdad e inequidad para con las mujeres, sin embargo, rivalizan compiten y tienden a descalificarlas en diversos momentos de la vida académica y profesional sobre todo cuando se sienten amenazados en sus espacios laborales.

Se requiere de reflexiones personales, colectivas, de políticas educativas para frenar las rivalidades que trae como consecuencia la violencia sutil, gradual pero igualmente destructiva y dañina para la salud de las mujeres. Los hombres hablan a favor de las mujeres, sin embargo, en la práctica cotidiana es difícil que se desprendan de la construcción patriarcal sostenida por una educación vertical y autoritaria que se reproduce continuamente en diversas dimensiones de la vida cotidiana y más aún en los espacios laborales, sobre todo en aquellos donde existe una organización pobre del trabajo, así como, vacíos de autoridad. Las mujeres, para sobrevivir en estos espacios laborales, algunas veces se mimetizan con estas agresiones para evitar ser acosadas.

A lo largo de la presente investigación se pudo constatar que varias mujeres no reconocieron la violencia en sus espacios laborales y que, en muchas ocasiones, las invitaciones y bromas de los jefes fueron consideradas como halago. Todas las mujeres entrevistadas presentaron alteraciones en la salud cuando atravesaron procesos prolongados de acoso laboral o *mobbing* como lo muestra el cuadro 1. De la misma manera, se pudo observar que las propias mujeres se convierten en el vehículo de la violencia hacia otras mujeres. Las mujeres en tanto que

## Cuadro 1

<b>Casos reportados de acoso psicológico laboral</b>	<b>Conductas con las que inició el acoso psicológico laboral (violencia cotidiana)</b>	<b>Invasión a la vida personal (en el ambiente laboral o estudiantil)</b>	<b>Alteraciones en la salud como consecuencia del acoso</b>
1. Profesionista con nivel licenciatura	Burlas y bromas de colegas acompañado de saludos efusivos.	Chismes, investigaron su vida personal a través de amigos o redes virtuales	Ansiedad, sensación de melancolía, hasta ser diagnosticada como depresiva.
2. Profesionista con nivel de licenciatura	Propuestas sexuales con tocamientos de un superior (jefe).	Investigaron su vida personal a través de amigos/as.	Ansiedad, dolor corporal generalizado con sensación de melancolía.
3. Profesionista con nivel de maestría	Piropos y bromas sobre su cuerpo.	Investigaron su vida personal a través de amigos/as. Parientes.	Depresión sensación de baja autoestima, acompañada de fatiga.
4. Profesionista con nivel de maestría	Piropos y agresión física (empujones).	Exageración de su vida personal.	Depresión, fatiga y diagnóstico médico de fibromialgia.
5. Profesionista con nivel de maestría	Piropos y propuesta amorosa de su jefe.	Invasión de su vida personal ante la negativa amorosa.	Depresión, dolor corporal generalizado y falta de concentración.
6. Profesionista con nivel doctorado	Bromas de sus colegas.	Investigaron su vida personal a través de amigos/as.	Dolor corporal generalizado, sensación de fatiga, ausencias e hipersensibilidad.
7. Profesionista con nivel doctorado	Bromas de sus colegas y jefes.	Investigaron su vida personal.	Dolor corporal generalizado y falta de concentración.
8. Profesionista con Posdoctorado	Agresiones verbales a partir de un ascenso de puesto.	Exageración de su vida personal.	Sensación de melancolía, dolor corporal generalizado y reacciones acneicas.
9. Estudiante de doctorado	Burlas sobre sus estudios.	Exageración de su vida personal.	Hipersensibilidad, dolor corporal generalizado, sensación de fatiga.
10. Estudiantes de doctorado	Burlas sobre sus estudios.	Exageración de su vida personal.	Falta de concentración y sensación de persecución.

Fuente: Elaboración propia con los datos recabados.

se han educado dentro de un sistema patriarcal difícilmente se desprenden de tal formación, solamente aquellas mujeres que tienen un mayor compromiso social y empatía con otras de ellas pueden establecer pactos con otras mujeres. El feminismo es una amplia posibilidad de crear reflexiones profundas en las mujeres sobre su condición, y también entender históricamente el desprecio hacia ellas, hecho que puede llegar a generar cambios sociales y culturales.

## Referencias

- Amorós, Celia. *Historia de la teoría feminista*, Madrid: Universidad Complutense de Madrid, comunidad de Madrid, 1994.
- Álvarez, G., Cházaro, L., Ibarrola., y otros. *Los efectos indeseados del SNI y la necesidad de su transformación*, México: Departamento de Investigaciones Educativas, Cinvestav, 2010.
- Beck, A. *Prisioneros del odio las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. España: Paidós, 2003.
- Blázquez, N., Bustos O., Delgado G., y Fernández, L., *Mujeres académicas: entre la ciencia y la vida. Estudio comparativo en México*. México CEIICH, UNAM, 2010, pp. 234-246.
- Burín M., “Las fronteras de cristal en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización”, *Anuario de Psicología* 39 (nº 1, 2008), p. 75-86.
- Burín, Mabel y Meler, Irene. *Varones género y subjetividad masculina*. Argentina: Paidós, 2004.
- Bustos, Olga. “Los retos de la equidad de género en la educación superior en México y la inserción de mujeres en el mercado laboral”, *Revista Arbor, Ciencia, Pensamiento y Cultura* CLXXXIV, 733 (septiembre-octubre 2008), pp. 795-815.
- Castañeda, Marina, *El machismo invisible*. México: Grijalbo, 2002.
- Davis, Flora. *La comunicación no verbal*. México: Alianza Editorial, 2005.
- Echeverría, Rafael, *Ontología del lenguaje*. Argentina: Granica, 2007.
- Fuentes, Rocío. “El linchamiento emocional en los espacios laborales y sus métodos”. En *Testimonios del mobbing. El acoso laboral en México*, Peña, Florencia y Sánchez, Sergio (coords.). México: Ediciones Eón, 2009, pp. 323-338.

- Fuentes, Rocío. “La discriminación institucionalizada. Una violencia silenciosa”. En *Tras las huellas del asedio grupal en México (mobbing)*, Peña Florencia y Fuentes V. Rocío (coords.), Universidad Nacional Autónoma de Nuevo León e Instituto Politécnico nacional. México: Editorial Eón, 2012, p. 173-192.
- Fuentes, Rocío y Lara, Amaceli. “¿Trabajando con el enemigo? Hacia una definición de los rasgos culturales del mobbing”. En *Cuando el trabajo nos castiga. Debates sobre el mobbing en México* en: Peña Saint Martin, Florencia; Ravelo Blancas, Patricia; Sánchez.
- Díaz, Sergio (coord.), México: Editorial Eón, 2007, p. 167-177.
- Fuentes V. Rocío y Lara P. Eleazar. “Acoso laboral o *mobbing* y fibromialgia”, *Revista de Medicina Social* 6 (número 4, octubre-diciembre 2011), p. 297-234.
- Fuentes, V. Rocío y Lara Eleazar, *mobbing y fibromialgia*, México: Ediciones Oklever, 2011a.
- García Prince, Evangelina. *Políticas de igualdad, equidad y gender mainstreaming ¿De qué estamos hablando? Marco conceptual*. San Salvador: América Latina Genera Gestión para la Equidad de Género, 2008.
- Glucksmann, André, *El discurso del odio*. México: Taurus, 2005.
- Gómez, Amparo. *La estirpe Maldita la construcción científica de lo femenino*. España: Minerva Ediciones, 2004.
- González, V., De Cabo, M., Martín, C., y Franco, M., *El mobbing, aspectos conceptuales y cuestiones prácticas para el médico de familia sobre las conductas de acoso psicológico en el trabajo*. España: SEMERGEN y NOVARTIS, 2004.
- Hall, Edward T. *El lenguaje silencioso*. México: Colección los Noventa, Alianza Editorial Mexicana/ Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1990.
- Hirigoyen, Marie-France. *El acoso moral en el trabajo*. España: Paidós, 2001.
- Hirigoyen, Marie-France. *Mujeres maltratadas los mecanismos de la violencia en la pareja*. España: Paidós, 2006.
- Lagarde, Marcela, *Género y feminismo*. España: editorial Horas y Horas, 2001.
- Lagarde, Marcela, *Los cautiverios de la mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y Locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.
- Lamas, Martha, *Feminismo transmisiones y retransmisiones*. México: Taurus, 2006.
- Ley General de Acceso a las Mujeres para una Vida Libre de violencia, México.
- Leymann, Heinz. “Contenido y desarrollo del acoso grupal moral (“Mobbing”) en el trabajo”. *European Journal of Word and Organizational Psychology*, [en

- línea] disponible en: <http://www.mobbingportal.com/leymanh.html> [Consulta: 9 junio de 2008].
- Marina, José y López Penas. *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama, 2005.
- Mc Phail, E. *El tiempo libre como derecho humano. Políticas de comunicación* [en línea]. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n8/elsie12.htm> [Consulta: 11 mayo de 2010].
- Martínez, Lavin. *Fibromialgia el dolor incomprendido*. México: editorial Aguilar, 2008.
- Montmollin, Maurice. *Introducción a la ergonomía*. México: Limusa Editores, 1996.
- Ordorika, Sacristán, Teresa. “Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres”, *Revista Mexicana de Sociología* 71 (octubre-diciembre, 2009). p. 647-674.
- Ortíz, O. Adriana. *Poder, mujeres y liderazgo*. México: Guía incluyente en un contexto global. Nuevo León: Instituto Estatal de las mujeres, 2009.
- Risberg, G., and Hamberg, K., *Gender perspective in medicine: a vital part of medical scientific rationality. A useful model for comprehending structures and hierarchies within medical science*, 2006 [en línea]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015-4-20> [Consulta: 20 de abril de 2010].
- Velásquez, Susana. *Violencias cotidianas, violencia de género*. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Volio, Roxana, *Estado de la población mundial 2008, ámbitos de convergencia: cultura, género y derechos humanos*. Costa Rica: Fondo de Población de la Naciones Unidas, 2008.
- Wallach, S., Joan. *Género e historia*. México: Fondo de Cultura Económica, 2008.

# Lenguaje sexista / lenguaje no sexista<sup>1</sup>

HORTENSIA MORENO ESPARZA

RESUMEN: A partir de un caso claro de sexismo en el lenguaje, se reflexiona acerca de la índole de este fenómeno socio-lingüístico desde la perspectiva de la crítica feminista (sobre todo, los planteamientos de Judith Butler) y del pensamiento de Pierre Bourdieu. Se considera la incidencia de la reforma del lenguaje y la discusión pública a que ha dado lugar, en especial entre las autoridades de la Real Academia Española (RAE).

En fecha reciente se construyó, en cada uno los edificios antiguos de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, una nueva ala de escaleras. Como ocurre a menudo en este tipo de espacios, en los entresijos de las escaleras hay baños. La asignación del sexo al que se destinan los sanitarios se indica con letreros suficientemente unívocos. En la mayoría de los baños de Ciudad Universitaria, el icono correspondiente (♂/♀) se acompaña de una letra: M o H, según el caso.

<sup>1</sup> Una primera versión de este artículo fue leída en el ciclo de conferencias y mesas redondas de la Primera Feria Género y Salud, Facultad de Medicina/Departamento de Salud Pública/Programa de Estudios de Género y Salud, en octubre de 2010.

Las nuevas instalaciones del edificio A entraron en servicio cuando la obra todavía no estaba totalmente concluida, sino que faltaba precisamente ese rótulo de identificación. Y fue esta particular coyuntura la que desencadenó la siguiente situación: en la entrada del baño de mujeres apareció un *grafiti* de lo más perturbador. En letras trazadas con plumón negro de grueso calibre, alguien puso: “PERRAS”. En el umbral del baño del entrepiso siguiente, la misma pluma escribió “HOMBRES” y remató el letrero con el dibujo de una coronita. Una coronita de caricatura bastante elocuente, nada ambigua.

Durante las siguientes semanas (semestre 2012-1, de agosto a noviembre de 2011) se observaron –los martes y los viernes a las nueve de la mañana, en el camino al aula A-110 donde la autora de este trabajo estaba impartiendo la materia de Semiótica (tercer semestre de la licenciatura en Ciencias de la Comunicación)– vestigios de las reacciones que el *grafiti* provocaba entre las alumnas de la facultad. De manera espontánea, sin mayor alharaca, alrededor de esa palabra se tejió una trama confusa y dispersa de respuestas escritas. Aunque aparentemente no estaba ocurriendo nada, lo que quedaba claro después de leer los intentos fallidos por enmendar el entuerto es que esa simple, insulsa, insignificante palabra tiene un poder innegable. Las estudiantes, a su pesar, se sintieron interpeladas. Experimentaron esa escritura como un ultraje lingüístico. Como dice Judith Butler (1997: 1), habían sido lastimadas por el lenguaje.

Según Butler, la eficacia del insulto está sustentada en una compleja situación semiótica/comunicativa. En primer lugar, cuando sentimos que hemos sido lastimadas por una palabra, nos damos cuenta de que el lenguaje actúa y es capaz de actuar en contra nuestra; es decir, experimentamos “la fuerza del lenguaje” (Butler, 1997: 1).<sup>2</sup> En segundo lugar, el ultraje lingüístico aparece como un efecto no sólo de las palabras que se dirigen a alguien, sino del modo en que se dirigen. En el pensar de Butler, este modo constituye al sujeto porque, “al dársele

<sup>2</sup> Las traducciones son de H. M.

nombre a alguien, se le da también, paradójicamente, cierta posibilidad de existencia social” (Butler, 1997: 2).

¿Qué clase de *existencia social* es ésta que permite a una persona reconocerse en un insulto? Un insulto, además, sin un receptor directo, sino emitido al azar, donde la eficacia del ultraje está determinada por la posibilidad de que alguien se sienta interpelada; de que “se dé por aludida” o, como quien dice, de que “se ponga el saco”. ¿Qué es lo que permite esta interpelación?<sup>3</sup> ¿Por qué las chicas que dejaron constancia de su rabia y frustración se sintieron tan ofendidas ante esta escritura insulsa?

En tercer lugar, cuando hablamos de un “ultraje” nos estamos refiriendo a algo muy profundo, a un espacio donde se confunde lo material, lo estrictamente corporal —como en el daño físico provocado por una herida— con lo moral.<sup>4</sup> Para Butler, el efecto de la emisión/recepción de un insulto “sugiere que el lenguaje puede actuar de maneras paralelas a la forma en que se inflige dolor y daño físico”. El problema aquí es equiparar el daño lingüístico con el daño físico, en la medida en que “la conexión metafórica entre la vulnerabilidad física y la lingüística es esencial para la descripción de la vulnerabilidad lingüística en sí”. Hace falta borrar la —en otras circunstancias— clarísima frontera entre lo material y lo moral para poder hacer esta analogía. Sólo de esta forma es posible que las dimensiones somáticas se extiendan al “dolor lingüístico” y permitan comprenderlo como una lesión, como algo que se debe sanar. Porque sin duda, lo que se está amenazando no es solamente la representación del sujeto aludido —de la mujer o las mujeres que han sido insultadas con el apelativo de “perras”—,

<sup>3</sup> La función de *interpelar*, en la filosofía de Althusser, implica dar existencia o identidad a un individuo o categoría; para ese autor, la interpelación “precede y forma al sujeto” y parece constituir la condición previa para los actos de habla centrados en el sujeto (Butler, 1997: 24).

<sup>4</sup> El término *injury*, en inglés, significa herida, lesión, daño físico; pero también significa insulto. He preferido traducir *injury* con “ultraje” para lograr un efecto equivalente; se trata de una ofensa grave “de palabra u obra” (*Diccionario de la lengua española y nombres propios*, Océano).

sino su propio cuerpo material en un acto que no se queda en las palabras (Butler, 1997: 4-5).<sup>5</sup>

Lo que ocurre con el *graffiti* en este baño es que sus posibilidades semióticas trascienden con mucho, por un lado, la significación denotada de la palabra (= plural, hembra de la especie que responde al apelativo de perro = mamífero doméstico...), y por el otro, la intención de quienquiera que lo haya perpetrado.<sup>6</sup> El sentimiento de ultraje proviene de un espacio muy profundo, compartido, donde la posibilidad de contestación queda cancelada, porque no existe un epíteto equivalente para aplicarlo en la entrada del baño de varones del entresijo siguiente.

La rabia y la frustración de las estudiantes no tienen una salida vindicativa.<sup>7</sup> Escribir “PERROS” a la entrada del baño de los hombres no significa lo mismo. Otras opciones (como los insultos homofóbicos, racistas o clasistas) solo conseguirían aislar a ciertos grupos sin incluir a *todos* los varones. De esta forma, se sostendría la organización discursiva que subyace la lógica según la cual *el hombre* —en su acepción genérica y sin embargo indudablemente masculina— es la medida de todas las cosas.

<sup>5</sup> “El lenguaje puede usarse, en efecto, con múltiples propósitos. Puede emplearse para describir, ordenar, preguntar, ensalzar o insultar, entre otras muchas acciones, y, desde luego, también puede usarse para discriminar a personas o a grupos sociales” (Bosque, 2012).

<sup>6</sup> Sobre la intención de quien realizó la fechoría, es importante señalar que este tipo de agresiones es bastante común en los ambientes universitarios. En un estudio extensivo sobre el hostigamiento en universidades de Estados Unidos, Catherine Hill y Elena Silva (2005) demostraron, por ejemplo, que en un campus de 10 000 estudiantes de licenciatura, alrededor de 6000 serán hostigados/as. Además, que un número considerable de estudiantes —41%— admite que ha hostigado a alguien. En la mayoría de los casos, estos/as estudiantes dicen que pensaban que era chistoso, que a la otra persona le gustaba, o que es “sólo una parte de la vida escolar”.

<sup>7</sup> Al final, aparece un solo *graffiti* en el baño de hombres (“DESANADOS”) cuya ineficacia lingüística demuestra el punto. En cambio, el amasijo de leyendas alrededor del letrero “PERRAS” recibe, al final, un comentario que seguramente también se considera “chistoso”. El mismo plumón escribe, por encima del enjambre: “TONS’ GATAS”.

En cambio, en el apelativo de “perras” se está englobando –con esa habilidad del sexismo que Celia Amorós ha descrito tan eficazmente– al “colectivo de las idénticas” (es decir, el dispositivo lingüístico e ideológico a partir del cual se piensa a las mujeres como si fueran todas lo mismo y diera lo mismo una que otra) en oposición al “colectivo de los iguales” (es decir, el conjunto de los individuos, sujetos, ciudadanos, cada uno a su vez el modelo de lo humano).

Pero además, y sobre todo, aquí se está expresando un desprecio, una opinión, un estereotipo. Se está asignando un lugar; se está aludiendo a una cualidad específica: las mujeres, englobadas de manera general dentro de la categoría, quedan automáticamente sexualizadas, entre otros motivos, porque las mujeres nunca están *definidas* como representantes generales de lo humano, sino sólo como categorías específicas –femeninas– y, frecuentemente, sexuales. La característica curiosa es exactamente el exceso de definiciones y categorías (sexuales) aplicables al significante “mujer”:

Una profusión similar no se encuentra para los hombres, cuya diferenciación entre sí se establece no mediante atributos o estatus sexuales, sino principalmente mediante su ocupación, o atributos de humanidad general, por ejemplo, decente, bondadoso, honesto, fuerte. Los hombres siguen siendo hombres y las mujeres se convierten en categorías específicas en relación a los hombres o a otras categorías (Black y Coward, 1998: 114-116).

## ¿Qué significa “sexismo en el lenguaje”?

Desde hace décadas, el feminismo se ha preguntado si la lengua aporta modos de representar la vida social que actúan insidiosamente para mantener o realzar la desigualdad entre mujeres y hombres. Con esta pregunta, la investigación sobre las prácticas lingüísticas permite descubrir una amplia pauta de sexismo, según la cual se concibe a las mujeres como diferentes de los hombres e inferiores a ellos.

Para Bourdieu (1996: 28), el sexismo es un esencialismo: al igual que el racismo, busca atribuir diferencias sociales históricamente construidas a una naturaleza biológica que funciona como una esencia de donde se deducen de modo implacable todos los actos de la existencia. Según Deborah Cameron, la palabra *sexismo* se acuñó originalmente para referirse a ideas y prácticas que degradan a las mujeres en relación con los varones. Se trata de un sistema en que las mujeres y los hombres no son simplemente diferentes, sino desiguales. En ese contexto, el sexismo en el lenguaje “es una manifestación del sistema, y opera en desventaja de las mujeres” (Cameron, 1992: 99-100). Para Donna L. Lillian (2007), el sexismo es la ideología y práctica de relegar a las mujeres, en virtud de su pertenencia al sexo femenino, a un nivel inferior al de los hombres en la jerarquía social. Uno de los espacios sociales donde se produce y reproduce el sexismo es el lenguaje.

El sexismo en el lenguaje es quizá la forma masiva de injusticia social más penetrante, más profundamente arraigada desde el punto de vista psicológico, más difícil de percibir y más resistente al cambio. De ahí la necesidad de analizar las diferentes maneras en que se manifiesta, hacer ver sus condiciones, relaciones y situaciones invisibles, además de revisar sus efectos en concordancia con las relaciones de poder y la subordinación de las mujeres (Fernández, Hernández y Paniagua, 2005: 127).

La investigación sobre el género y la estructura del lenguaje ha permitido entender cómo las mujeres son ignoradas, banalizadas y menospreciadas por las palabras que se usan para describirlas. A las mujeres se les niega una existencia autónoma al adjudicarles títulos que las distinguen sobre la base de su estado conyugal. Mientras que a los hombres se les describe en relación con sus roles ocupacionales (doctor, ingeniero, licenciado), las mujeres son denominadas en función de su estado civil (señora, señorita) o su situación y responsabilidades familiares (“la mamá de Paquito”).

Durante siglos, la imposibilidad para las mujeres de acceder al espacio público originó la costumbre de extender el título del marido a la esposa, en su forma feminizada, de forma que, por ejemplo, la

esposa del regente era “la regenta”. En México, a doña Josefa Ortiz de Domínguez todavía la conocemos como “La Corregidora”, aunque nunca haya ejercido las funciones concomitantes, y con el agravante de que a su marido difícilmente se le recuerda. Este tipo de funciones lingüísticas sobreviven en la actualidad cuando las elecciones profesionales de mujeres y hombres se segregan mediante términos ocupacionales característicos (en una cocina de postín, el cocinero es el *chef*, mientras que la cocinera es la *mayora*). Además, muchas palabras vinculadas a las mujeres tienden a tornarse peyorativas a lo largo del tiempo (véase West, Lazar y Kramarae, 2000: 182-189).

El lenguaje por lo general nombra a los hombres e invisibiliza a las mujeres. Fernández, Hernández y Paniagua (2005) caracterizan formas en que el lenguaje funciona de manera sexista: la agresión verbal, definida como la denigración mediante la palabra; la descalificación, la minusvalía y la censura, o el uso de palabras ofensivas. Este equipo de investigación asegura que las mujeres sufren más agresiones verbales que los hombres (Fernández, Hernández y Paniagua, 2005: 129, 140-141) y se refiere también a la discriminación, definida como un trato desigual en razón de que las mujeres son valoradas social, económica y culturalmente como “inferiores a causa de su sexo biológico” (Fernández, Hernández y Paniagua, 2005: 142).

No obstante, la frase “lenguaje sexista” homogeneiza el fenómeno y puede disfrazar el hecho de que las asunciones sexistas entran al lenguaje en varios niveles, desde la morfología, las convenciones estilísticas de registros particulares y campos del discurso, y las diferentes prácticas de representación. Por ejemplo:

Las feministas han notado que siempre parece apropiado para los hombres tratar a las mujeres como si fueran íntimas o subordinadas. Las mujeres –como las criaturas– tienden a ser llamadas por su nombre de pila donde los hombres no lo son; y son recipientes de términos cariñosos como *mi amor*, *mi reina*, *corazón*, *chiquilla*, *niña*, y así sucesivamente [...]. Los varones pueden presumir familiaridad y superioridad en la elección de sus formas de interpelación [...]; ¿qué es lo que los términos cariñosos significan? [...]: connotan intimidad.

Cuando son usados por extraños, son inherentemente irrespetuosos. Son una declaración unilateral por parte del hombre de que no necesita meterse en el problema de las formalidades esperadas entre personas que no son íntimas (Cameron, 1992: 105-106).

Este tipo de usos lingüísticos convierte a las mujeres en “personas abiertas”, en campo libre para los comentarios de cualquiera, en cualquier momento, acerca de su apariencia y su conducta. Algunos comentarios casuales, como los piropos, son ambiguos, y meten a las mujeres en una trampa: “si aceptan un ‘piropo’, confirman el derecho de los hombres de tratarlas como ‘personas abiertas’; si lo ignoran o responden de manera negativa pueden ser acusadas de rudeza o insultadas” (Cameron, 1992: 107). Desde luego, las mujeres *no tienen* derechos recíprocos para tratar a los hombres de manera similar.

El efecto más importante de los comentarios callejeros, no obstante, es que son una manera de controlar el espacio público y definir a las mujeres como intrusas dentro de éste. Todas las mujeres, inclusive aquellas que consideran “halagadores” los piropos, están conscientes de ser miradas y medidas de una manera en que los hombres no lo están, y hace a las mujeres auto-conscientes de una manera que los hombres no lo son. A veces, la auto-consciencia puede convertirse en temor, dado que muchos comentarios callejeros no son ambiguos, sino claramente hostiles (Cameron, 1992: 107).

El sexismo lingüístico es consuetudinario. Como señala Cameron, puede ser detectado, pero es difícil desmontarlo porque la mayoría de las veces ocurre en contextos no-regulados, es decir, en el habla cotidiana, en las interacciones casuales, en los contactos de todos los días. De modo que nadie ha enunciado o escrito una regla que diga que las mujeres pueden ser aludidas como “mi reina” o denominadas como “perras”. Es en las otras convenciones sexistas, en las que están “santificadas por la autoridad de los libros de gramática y

los diccionarios”, donde se torna más factible intervenir formalmente (Cameron, 1992: 105).<sup>8</sup>

La necesidad de intervenir proviene del hecho que señala Cameron (1992: 109) de que las prácticas lingüísticas tienen una función más allá de simplemente “reflejar las creencias culturales” sobre la inferioridad y la naturaleza sexual de las mujeres; estas prácticas *crean* cierta realidad y son, de hecho, una forma de control y definición social:

la proliferación de términos que funcionan como calumnias sobre la reputación de las mujeres se usa como arma para mantenerlas en línea [...]; el uso de insultos verbales es casi siempre una parte integral de los incidentes en que las mujeres son asaltadas física y sexualmente [...]; el lenguaje en sí mismo constituye un acto de violencia y recrea activamente las mismas creencias culturales (Cameron, 1992: 109-110).

## ¿Es posible una reforma del lenguaje?

El feminismo ha hecho una labor muy importante en su intento por prevenir y combatir el sexismo en el lenguaje, dado que las “prácticas de denominación” —es decir, los usos comunes del lenguaje mediante los cuales se nombran e interpretan las cosas— revelan patrones sistemáticos que parecen expresar las actitudes sexistas prevalecientes. Sin embargo, las personas no “controlamos” el lenguaje de forma individual; por el contrario, en el lenguaje hay un complejo proceso dialéctico mediante el cual los elementos lingüísticos al mismo tiempo afirman y contradicen el *statu quo*.

<sup>8</sup> Desde luego, comparto con Bosque la certeza de que la lengua refleja, “especialmente en su léxico, distinciones de naturaleza social, pero es muy discutible que la evolución de su estructura morfológica y sintáctica dependa de la decisión consciente de los hablantes o que se pueda controlar con normas de política lingüística” (Bosque, 2012). Sin embargo, la discusión que han abierto las propuestas de reforma lingüística aporta elementos para comprender el problema, como bien lo ejemplifica este autor.

Los cambios en las estructuras sociales requieren el desarrollo de nuevos vocabularios; pero en vez de concebir el lenguaje como un simple reflejo de la sociedad o un factor determinante del cambio social, debe ser visto como un vehículo de ideas y asunciones que se vuelven, mediante su constante re-actualización en el discurso, tan familiares y convencionales que dejamos de advertir su significación.

Según Pierre Bourdieu, una acción propiamente política –como sería la de intervenir en los usos institucionales del lenguaje mediante una normatividad que los reformase– se vuelve posible cuando los agentes, que forman parte del mundo social, tienen un conocimiento (más o menos adecuado) de ese mundo y saben que se puede actuar sobre éste cuando actúan sobre el conocimiento que de éste se tiene. Esta acción pretende producir e imponer representaciones (mentales, verbales, gráficas o teatrales) del mundo. La política comienza con la denuncia del contrato tácito con que nos adherimos al orden establecido. La subversión política presupone una subversión cognitiva, una reconversión de la visión del mundo (Bourdieu, 1999b: 96).

Algunas instancias, sobre todo impulsadas desde el movimiento feminista, han llevado a la consideración social la propuesta de promover un lenguaje inclusivo que se oponga a la práctica que postula el masculino como universal o como neutral, cuando la experiencia demuestra que el masculino genérico es, más bien, insidiosamente ambiguo. Por ejemplo, “el hombre” a veces significa “la humanidad”, pero a veces significa específicamente a los varones de la especie (como cuando se afirma: “el hombre primitivo protegía a sus mujeres, hijos, animales y territorios”).

Por el contrario, la propuesta de un lenguaje inclusivo, no discriminatorio, tiene la intención de que cada una de las personas implicadas en las interacciones sociales sea denominada en igualdad de condiciones en reconocimiento de su existencia, independientemente de su sexo. Se intenta también evitar las valoraciones negativas hacia las personas y hacer visible la violencia de género.

El reclamo del feminismo a participar en la producción de los usos lingüísticos se basa en ideas que giran alrededor de un núcleo reflexivo: el que permite entender como la práctica de reconocer y de dar sentido

al mundo que nos rodea es algo indispensable para vivir en libertad. Quien no le da sentido al mundo, recibe ese sentido como una imposición (Mañeru, 1999; cita a Douda: 161). El feminismo trata de poner en evidencia que hay un vacío en los usos del lenguaje: el vacío de “simbólico femenino”. Lo cual supone cuestionar un edificio que ha sido construido sobre un *como si fuera*. Es decir, “hagamos como si el masculino quisiera decir también femenino”. Y como no es así, lo que casi se logra es que parezca que lo femenino no existe.

En los cambios de los usos del lenguaje que hoy hacemos circular algunas mujeres en intervenciones públicas o en escritos, lo que hay no son reglas nuevas que vengan a sustituir a las anteriores; lo que hay es simplemente una invitación a pensar y a nombrar el mundo en primera persona, por tanto a partir de sí, de la propia experiencia que inexcusablemente es femenina o masculina. No se pretende, además, que esta mirada se vuelva hegemónica o eterna. La reforma en el lenguaje es una fase, un paso necesario en el camino hacia un mundo donde este esfuerzo intelectual deje de hacer falta.

Esa invitación a nombrar en femenino y en masculino requiere ponerse en juego, arriesgar, apostar sobre el significado de las palabras, dejar abierto el interrogante de cómo usar la lengua para representar mejor al mundo de forma que podamos habitarlo, comprenderlo mejor y también transformarlo (Mañeru, 1999: 164-165). Reapropiarse del lenguaje con libertad, sabiendo que la lengua tiene capacidad suficiente para representar el mundo con las dos formas de lo humano que conviven en él, lo femenino y lo masculino (Mañeru, 1999: 165).

Las campañas feministas por la reforma del lenguaje han promovido que en la esfera pública el lenguaje sexista –caracterizado como el uso de afirmaciones que crean, constituyen, promueven o explotan una distinción injusta e irrelevante entre los sexos– sea evitado. Las instituciones públicas de muchos países han emitido guías y definido lo que debe considerarse lenguaje “aceptable” o “inaceptable”. No obstante, las campañas se han encontrado, tiro por viaje, con una resistencia tenaz.

Una de las expresiones de esta resistencia se refleja en las burlas y ridiculizaciones con que se defienden los protectores de la tradición,

en lo que se ha venido a caracterizar como “políticamente correcto”. La lingüista Sara Mills ha señalado que una posición “políticamente correcta” [*political correctness*] “se caracteriza por una atención excesiva a las sensibilidades de quienes son vistos/as como diferentes de la norma (mujeres, gays y lesbianas, gente ‘de color’, discapacitados/as) y esta actitud se cristaliza en una serie de absurdos inventados por la prensa” y se lleva a sus últimas consecuencias en las frases de algunos políticos encumbrados. Cuando los discursos institucionales adoptan un lenguaje “políticamente correcto”, con frecuencia dan lugar a un embrollo que mina, quizá de manera deliberada, cualquier intento por reformar las instituciones. En la lógica del discurso políticamente correcto, los intentos por abolir el sexismo se ridiculizan y se reducen al absurdo (Mills, 2003: 89).

Uno de los efectos del conflicto entre las campañas feministas por la reforma y la respuesta y la ridiculización de algunas de esas reformas ha sido que se vuelve imposible distinguir claramente entre el sexismo, el anti-sexismo y lo “políticamente correcto”; la naturaleza del sexismo ha cambiado a lo largo de 15 años a causa de las campañas feministas por la igualdad de oportunidades, de modo que ahora es menos abierto; se ha convertido en un “sexismo indirecto” que se manifiesta en el nivel de la presuposición, y también mediante insinuaciones, ironía y humor (Mills, 2003: 90).

De esta forma, el tema de la equidad de género se integra en el discurso oficial (“políticamente correcto”) de las instituciones, en un proceso superficial, sin que se lleven a la práctica las reformas estructurales que la equidad implica. Por lo tanto, una campaña de lenguaje anti-sexista tiene que plantearse en contraposición a lo que se conoce como “políticamente correcto”.

Las instituciones hacen un importante esfuerzo en la dirección de evitar el sexismo en el lenguaje, y este logro debe tener un reconocimiento. No obstante, la aplicación mecánica de fórmulas por parte de especialistas en las diferentes esferas disciplinarias, pero sin una verdadera formación en género, puede dar como resultado un

lenguaje acartonado, y que sin embargo no logre el objetivo de visibilizar, integrar y promover a las mujeres. Las recetas no son eficaces si no se aplican con sensibilidad lingüística y conciencia de justicia y equidad.<sup>9</sup>

## Las más acaloradas objeciones

La resistencia al cambio dice mucho acerca de quienes lo requieren y de quienes lo rechazan. Los esfuerzos de quienes se empeñan en llevar a cabo reformas sociales siempre se encuentran con grados más o menos sólidos de oposición cuyo principal sentido es el de mantener las cosas “tal y como están”. El panorama, en términos muy simples, enfrentaría formas diversas de conservadurismo con intentos también variados de modificación de lo que se considera un orden obsoleto, caduco o agotado.

El feminismo ha hecho propuestas de reforma social que abarcan muy diversos aspectos de la vida pública y doméstica, cotidiana o inhabitual. Si se hace un recuento mínimo de los cambios que este movimiento social ha propiciado tendremos evidencia, quizá, de la revolución más duradera y penetrante de la historia humana. Un relato de las objeciones que se han esgrimido para impedir todos y cada uno de los designios del feminismo también es ilustrativo de la tendencia a detener este proceso en aras de la conservación del *statu quo*.

Durante los siglos XIX y XX, las feministas impulsaron el sufragio femenino –y se escribieron miles de páginas en libros, periódicos, panfletos y manuales donde se denunciaba la irregularidad de este

<sup>9</sup> Lo peor es que se puede caer, como bien dice Bosque, en el absurdo de imaginar “que los significados de las palabras se deciden en asambleas de notables, y que se negocian y se promulgan como las leyes [...]; que el sistema lingüístico es una especie de código civil o de la circulación: cada norma tiene su fecha; cada ley se revisa, se negocia o se enmienda en determinada ocasión, sea la elección del indicativo o del subjuntivo, la posición del adjetivo, la concordancia de tiempos o la acepción cuarta de este verbo o aquel sustantivo” (Bosque, 2012).

derecho posible—; las feministas requirieron en varias ocasiones la reforma del vestido —y se levantaron miles de voces clamando que era antinatural e inmoral que las mujeres dejaran el polisón o el corsé—; las feministas solicitaron paulatina pero irreversiblemente la entrada de las mujeres a todas las actividades del mundo público, desde el trabajo y la educación hasta el deporte y la política —y hubo siempre miles de cabezas dispuestas a advertir con pelos y señales de los enormes peligros que esta invasión entrañaba tanto para la propia sociedad como para los frágiles e incompetentes cuerpos y mentes de las mujeres.

En la enorme mayoría de los casos, las reformas sociales que requiere el feminismo configuran una larga y tortuosa conmoción de nuestra cultura. Y todo parece indicar que la cultura es más difícil de modificar que todo lo demás. Las costumbres, los hábitos, las tradiciones, todo aquello que constituye los modos de ser de las personas, materializan de manera tan profunda nuestras identidades que la mera posibilidad de modificarlas se percibe como una amenaza capaz de destruir precisamente los fundamentos de nuestro ser.

Sin embargo, los argumentos que se han esgrimido en contra de las reformas culturales propuestas por el feminismo siempre resultan, a posteriori, tan absurdos que rayan en el ridículo. A lo largo de los siglos XIX y XX se aseguraron cosas tan descabelladas como la amenaza en contra de la capacidad de las mujeres para engendrar si se dedicaban a las actividades del intelecto. Científicos renombrados aseguraron que las débiles mentes femeninas no soportarían el “recalentamiento” generado por un pensar intenso, con la triste consecuencia de que sus úteros dejarían de dar fruto. También se dijo que las mujeres embarazadas no debían hacer ejercicio físico porque ponían en grave peligro tanto a sus personas como a sus productos. En fin, habrá que hacer el inventario de los disparates para regocijo de científicas, atletas y mujeres comunes y corrientes que hoy viven la revolución de las costumbres como la base de su experiencia.

Tal vez el temor al derrumbamiento del mundo —de ese mundo que se sustenta en lo que los filósofos denominan “la actitud natural”— sea una explicación factible para la feroz resistencia de una notable

cantidad de intelectuales, artistas y académicos a la reforma del lenguaje. Sin embargo, en el fondo de nuestros corazones, las feministas no podemos evitar el resquemor, la sospecha de que hay por lo menos un poquito de mala fe en quienes defienden con tanto entusiasmo el *statu quo*. Porque para algunos de ellos no basta con señalar las incoherencias de las reformas, con aportar buenas razones, razones de peso, gramaticales, tradicionales, institucionales, para detenerlas. No.

En el discurso de los más duros exponentes del conservadurismo lingüístico hay una hostilidad expresa. No basta con exponer doctos razonamientos, además hay que insultar, ridiculizar, subrayar la ignorancia y la estupidez de quienes se atreven a proponer, por ejemplo, la feminización de algún término, o la abolición —¡oh pecado!— del masculino como genérico. Lo más llamativo es que su autoridad, su prestigio, su legitimidad en el mundo público —en el campo de las letras, en el espacio académico— se adorne con el ingenio proverbial de los grandes cultivadores de la sátira. Y nos dicen: “siglos de tradición me respaldan: aquí las mujeres no tienen nada qué decir”.

El resquemor, la sospecha. ¿Qué están defendiendo estos señores tan sabios y bien plantados? ¿La lengua? Perdón, la lengua se defiende sola. Sin que se ponga en duda el respeto y la admiración auténtica a su obra literaria, no puede dejar de sentirse una curiosidad también indudablemente auténtica ante la asiduidad con que Javier Marías publica sus denuestos de los intentos de las feministas españolas por reformar el lenguaje.<sup>10</sup>

Se puede estar de acuerdo en que no está bien, no se vale, hay razones más que lingüísticas —por ejemplo, estéticas—, para oponerse a la duplicación machacona de los términos en femenino y en masculino: niños y niñas, profesores y profesoras, obreros y obreras... Pero ¿y entonces? Es decir, el señor Marías ¿no ve aquí ningún problema? ¿No le parece que, si bien la solución no es la óptima, por lo menos es una solución posible a un reclamo legítimo de reconocimiento social? Que además ha tenido un éxito indudable en la percepción de la presencia

<sup>10</sup> Véase, por ejemplo <<http://es.scribd.com/doc/63338942/Lenguaje-Sexista>>, <[http://elpais.com/diario/2006/12/17/eps/1166340420\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2006/12/17/eps/1166340420_850215.html)>.

de las mujeres en el mundo público. También podemos estar de acuerdo en que algunas feminizaciones de términos muy rancios y muy vetustos suenan chirriantes, por ejemplo “miembras”. Y sin embargo, ¿es mejor seguir diciéndole médico a la pediatra? ¿Insistiremos en que “juez” es suficiente para designar a un hombre o a una mujer?

La sospecha, el resquemor. ¿Qué están defendiendo estos señores? A últimas fechas, es necesario comprender las posturas de las autoridades académicas e intelectuales que insisten en criticar, de forma inclusive cruel, las propuestas de reforma en el lenguaje cuya finalidad es combatir activamente el sexismo. Uno de los detractores más recalitrantes del lenguaje no sexista es el escritor y académico de la lengua Arturo Pérez Reverte. Conviene escuchar los argumentos que esgrime con seguridad y decisión desde su asiento de la Real Academia Española:

“Una comisión del parlamento andaluz a la que se encomendó revisar el ‘lenguaje sexista’ de los documentos de allí, se ha dirigido a la Real Academia Española solicitando un informe sobre la corrección de los desdoblamientos tipo ‘diputados y diputadas, padres y madres, niños y niñas, funcionarios y funcionarias’, etcétera”. Como suele —recibe cinco mil consultas mensuales de todo el mundo—, la RAE respondió puntualizando que tales piruetas lingüísticas son innecesarias; y que, pese al deseo de ciertos colectivos de presentar la lengua como rehén histórico del machismo social, el uso genérico del masculino gramatical tiene que ver con el criterio básico de cualquier lengua: economía y simplificación. O sea, obtener la máxima comunicación con el menor esfuerzo posible, no diciendo con cuatro palabras lo que puede resumirse en dos. Ésa es la razón de que, en los sustantivos que designan seres animados, el uso masculino designe también a todos los individuos de la especie, sin distinción de sexos. Si decimos los hombres prehistóricos se vestían con pieles de animales o en mi barrio hay muchos gatos, de las referencias no quedan excluidas, obviamente, ni las mujeres prehistóricas ni las gatas (Pérez Reverte, 2009).

Y más adelante:

Alguien debería decirles a ciertas feministas contumaces, incluso a las que hay en el Gobierno de la Nación o en la Junta de Andalucía, que están mal acostumbradas. La Real Academia no es una institución improvisada en dos días, que necesite los votos de las minorías y la demagogia fácil para aguantar una legislatura. La RAE tampoco es La Moncloa, donde bastan unos chillidos histéricos en el momento oportuno para que el presidente del Gobierno y el ministro de Justicia cambien, en alarde de demagogia oportunista, el título de una ley de violencia contra la mujer o de violencia doméstica por esa idiotez de violencia de género sin que se les caiga la cara de vergüenza (Pérez Reverte, 2009).

No *Señores*, la Real Academia Española es una institución autoritaria cobijada en una tradición añeja y sustentada en el principio de “aquí mando yo” y “aquí se hace como yo digo”. “Porque lo digo yo” (es decir, don Arturo Pérez Reverte):

La lengua española, desde Homero, Séneca o Ben Cuzmán hasta Cela y Delibes, pasando por Berceo, Cervantes, Quevedo o Valle Inclán, no es algo que se improvise o se cambie en cuatro años, sino un largo proceso cultural cuajado durante siglos, donde ningún imbécil analfabeto –o analfabeta– tiene nada que decir al hilo de intereses políticos coyunturales. La RAE, concertada con otras veintiuna academias hermanas, es una institución independiente, nobilísima y respetada en todo el mundo: gestiona y mantiene viva, eficaz y común, una lengua extraordinaria, culta, hablada por cuatrocientos millones de personas (Pérez Reverte, 2009).

Parafraseando a Bourdieu (1999b), la eficacia del discurso sexista procede de la oculta correspondencia entre la estructura del espacio social en que se produce y la estructura del campo en que se sitúan los receptores. A través del ejercicio de una competencia técnica, se

ejerce una competencia social: la del locutor legítimo, autorizado para hablar, y para hablar con autoridad.

Los académicos, los escritores, los intelectuales que critican, desprecian y desautorizan los intentos por realizar una reforma en el lenguaje, tienen una autoridad fijada y codificada por los gramáticos y profesores encargados de inculcar su dominio. Tenemos entonces un grupo de profesionales investidos con el monopolio del uso legítimo de la lengua legítima, que producen para su propio uso una lengua especial, predispuesta a cumplir una función social de distinción en las relaciones de clase, etnia y género.

Esto significa, en resumen, que el habla –junto con otros marcadores semióticos de identidad– destapa de manera inmediata y evidente el origen social de las personas. Es, como dice Bourdieu, un indicador distintivo, un habitus. A partir de la diferencia social, atribuimos a la forma de hablar valores diferenciales. De ahí, y no de alguna cualidad inherente a la lengua, es de donde sacamos la *superstición* de que hay maneras correctas y maneras incorrectas de hablar. Desde esta creencia despreciamos a quien dice “haiga” en vez de “haya”; a quien dice “estuata” o “interperie” o “murciégalo”.

## A manera de conclusión

El lenguaje no es sólo un medio de expresión, sino también un principio de estructuración que funciona con el apoyo de un grupo que se reconoce en él. Dice Pierre Bourdieu que todas las prácticas lingüísticas se valoran con arreglo al patrón de las prácticas legítimas, que son las prácticas de los sujetos sociales dominantes. El poder de las palabras reside en el hecho de que quien las pronuncia no lo hace a título personal, ya que es sólo su “portador”: el portavoz autorizado sólo puede actuar por las palabras en la medida en que su palabra concentra el capital simbólico acumulado por el grupo que le ha otorgado ese mandato *y de cuyo poder está investido*.

La producción simbólica está determinada por este dominio: quienes ejercen las prácticas legítimas tienen también el poder de

ejercer la *censura* para determinar cuáles son las maneras legítimas de hablar, cuáles son las elecciones legítimas en el lenguaje, cuál es el “nivel” legítimo del lenguaje, y, por supuesto, también lo que puede o lo que no puede decirse. De ahí la preocupación por el estilo, y este cuidar que se diga sólo lo que está bien dicho, esta insistencia en el “bien decir”, en “hablar como es debido”.

Los miembros de la clase y el sexo dominantes postulan su habitus lingüístico como la *norma*. La censura derivada de esta normatividad proscribire todas aquellas formas lingüísticas que podrían poner en duda la legitimidad simbólica de ese dominio: la competencia de nuestras autoridades implica el dominio práctico de un uso de la lengua y el dominio práctico de las situaciones en las que ese uso de la lengua es *socialmente aceptable*.

Los discursos no son únicamente signos destinados a ser descifrados; son también *signos de riqueza*, de estatus, de poder, de autoridad, de dominio, de preeminencia, destinados a ser valorados, apreciados, creídos y obedecidos. La competencia lingüística no es una simple capacidad: la lengua autorizada crea autoridad; puede ser usada solamente por quienes tienen derecho a la palabra y al poder de que viene investida la palabra; de esta forma, el *estilo* es un elemento con arreglo al cual el lenguaje tendría como objetivo producir e imponer la representación de su propia importancia, contribuyendo así a asegurar su propia credibilidad.

Al estructurar la percepción que los agentes sociales tienen del mundo social, la nominación contribuye a construir la estructura de ese mundo; no hay agente social que no desee tener el poder de nombrar y de hacer el mundo nombrándolo, porque imponer una manera más o menos autorizada de ver el mundo social contribuye a hacer la realidad de este mundo.

Cuando las mujeres reclamamos autoridad simbólica para determinar qué se puede decir y como decirlo, reclamamos un poder socialmente reconocido a imponer una cierta visión del mundo social, reclamamos la posibilidad del consenso respecto del sentido del mundo social que funda el sentido común. El uso del lenguaje depende de la posición social de quien lo practica; esa posición rige el acceso a la

lengua de las instituciones, a la palabra oficial, ortodoxa, legítima; el acceso a los instrumentos legítimos de expresión permite la participación en la autoridad de las instituciones.

Lo que la reforma del lenguaje institucional realmente señala es la posibilidad de reconocer una nueva manera de ordenar el mundo. Esto es, sin duda, perturbador, porque desafía la apariencia de una verdad inmutable previamente disfrutada por el viejo orden. Como dice Deborah Cameron, a los conservadores les preocupa el lenguaje en sí mismo. “La resistencia al cambio lingüístico se relaciona con la manera en que la gente piensa el lenguaje como un punto fijo en el flujo de la experiencia, y se aferra a las certezas que siente que están incorporadas en el lenguaje” (Cameron, 1992: 123).

Como dice Ana Mañeru (1999: 165), las preguntas acerca de la corrección gramatical —“¿se puede decir de este modo?, ¿se debe decir así?, ¿es correcto decir...?”— pierden sentido aquí, porque no hay reglas fijas, sino la voluntad de representar; y lo que está en juego es la eficacia del procedimiento elegido.<sup>11</sup> Lo importante es asumir un criterio dinámico, porque la realidad cambia a cada instante junto con las relaciones sociales y las propias personas que participamos de éstas. Quizás el reto más importante sea entender que no somos, sino que estamos siendo —así, en gerundio— en nuestros cuerpos sexuados, y el lenguaje da cuenta de ello.

## Referencias

- Amorós, Celia, “Igualdad e identidad”. En *El concepto de igualdad*, Amelia Valcárcel (comp.). Madrid: Ed. Pablo Iglesias, 1994, pp. 29-48.
- Black, Maria, y Rosalind Coward. “Linguistic, social and sexual relations: a review of Dale Spender’s *Man Made Language*”. En *The Feminist Critique of Language / A Reader*, Deborah Cameron (comp.). Londres: Routledge, 1998.

<sup>11</sup> O como señala atinadamente Bosque (2012), no tiene sentido “pensar que las convenciones gramaticales nos impiden expresar en libertad nuestros pensamientos o interpretar los de los demás”.

- Bosque, Ignacio. “Sexismo lingüístico y visibilidad de la mujer”, informe, 2012, disponible en línea: <[http://cultura.elpais.com/cultura/2012/03/02/actualidad/1330717685\\_771121.html](http://cultura.elpais.com/cultura/2012/03/02/actualidad/1330717685_771121.html)> [consulta: 12 de septiembre de 2013].
- Bourdieu, Pierre. “La dominación masculina”. *La ventana*, núm. 3 (1996), traducción de Pastora Rodríguez Aviñoá (original en francés en *Actes de la recherche en sciences sociales*, núm. 84, septiembre de 1990), pp. 7-95.
- Bourdieu, Pierre. *Razones prácticas/Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama, 1999a.
- Bourdieu, Pierre, *¿Qué significa hablar?/Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal, 1999b.
- Butler, Judith. *Excitable Speech / A Politics of the Performative*. Nueva York y Londres: Routledge, 1997.
- Cameron, Deborah (comp). *The Feminist Critique of Language / A Reader*. Londres: Routledge, 1998 (segunda edición).
- Cameron, Deborah. *Feminism & Linguistic Theory*. Hampshire y Nueva York: Palgrave, 1992.
- Fernández Moreno, Sara Yaneth, Gloria Estella Hernández Torres, Ramón Eugenio Paniagua Suárez. *Violencia de género en la Universidad de Antioquia*. Medellín: Centro de Investigaciones Sociales y Humanas y Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Universidad de Antioquia, 2005.
- Hill, Catherine, y Silva Elena. *Drawing the Lline: Sexual Harassment on campus*. Washington: American Association of University Women Educational Foundation, 2005 [versión electrónica en PDF].
- Lillian, Donna L. “A thorn by any other name: sexist discourse as hate speech”, *Discourse & Society*, 18(6) (2007), pp. 719-740.
- Lomas, Carlos. “Las palabras y el poder”. *Textos de Didáctica de la Lengua y de la Literatura*, núm. 61 (2012).
- Mañeru Méndez, Ana. “Nombrar en femenino y en masculino”. En *¿Iguales o diferentes? Género, diferencia sexual, lenguaje y educación*, Carlos Lomas (comp.). Barcelona: Paidós Educador, 1999, pp. 157-170.
- Mills, Sara. “Caught between sexism, anti-sexism and ‘political correctness’: feminist women’s negotiations with naming practices”. *Discourse & Society*, 14(1) (2003), pp. 87-110.

Pérez Reverte, Arturo. *La osadía de la ignorancia, 2009* [disponible en línea:] <http://opusprima.wordpress.com/2009/11/21/la-osadia-de-la-ignorancia-arturo-perez-reverte/> [consulta: 12 de julio de 2013].

Tapia Arizmendi, Margarita y Patrizia Romani. “Lengua y género en documentos académicos”. *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, año 19 (núm. 59, 2012).

West, Candace, Michelle M. Lazar y Cheri Kramarae. “El género en el discurso”. En *El discurso como interacción social / Estudios sobre el discurso II / Una introducción multidisciplinaria*, Teun A. van Dijk (comp.). Barcelona: Gedisa, 2000, pp. 179-212.

Yagüello, Marina. “Las palabras y las mujeres”. En *¿Iguales o diferentes? Género, diferencia sexual, lenguaje y educación*, Carlos Lomas (comp.). Barcelona: Paidós Educador, 1999, pp. 101-112.

## CUARTA PARTE

---

# Nutrición, alimentación y género

---



# Los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres y hombres

MARÍA DEL CARMEN IÑARRITU PÉREZ

RESUMEN: El presente artículo pretende visualizar las diferencias en las prevalencias de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres y en hombres, se examinan las influencias de los factores biológicos, psicológicos y sociales; se enfatiza el papel que desempeña los roles de género impuestos por las presiones socioculturales.

Se dará una introducción sobre que son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los criterios diagnósticos que los definen. Posteriormente se comentarán en el apartado de los TCA en cifras, algunos estudios sobre las diferencias en la prevalencia de estos trastornos en mujeres y en hombres, con énfasis en los datos encontrados en México. Y finalmente se comentarán los factores que determinan estas diferencias que se dividen en factores biológicos, psicológicos y socioculturales, enfatizando en este último aspecto los roles de género que puedan estar determinando las diferencias en el riesgo para mujeres y hombres de padecer algún TCA.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han sido definidos como desórdenes psiquiátricos en los cuales se presentan percepciones erróneas de la alimentación, el peso y la figura corporal, aunado a un miedo enfermizo a engordar. De acuerdo con la última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su

versión V (DSM-V), publicada a principios de 2013, los TCA se clasifican en: anorexia nerviosa (AN); bulimia nerviosa (BN); trastorno restrictivo de la ingesta alimentaria; trastorno por atracón (TA); y trastorno de la nutrición y la alimentación que no se considera en otras enfermedades.

El diagnóstico diferencial de cada uno de ellos es, a veces, complicado ya que comparten síntomas y conductas, como son la restricción dietética, la realización de atracones y la autovaloración a partir del peso y la figura. Resumiendo, la anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal, debida a una ingesta alimentaria muy por debajo de las necesidades de la persona que la padece y un miedo intenso a aumentar su peso, acompañado de una alteración en el modo como experimenta su peso o su figura corporal; la bulimia nerviosa se caracteriza por la realización de atracones (consumir gran cantidad de alimento con sensación de pérdida de control sobre lo que se está comiendo) acompañados de conductas compensatorias inapropiadas (como son el provocarse el vómito, la utilización de laxantes y/o diuréticos, así como el ejercicio excesivo y los ayunos); el trastorno por atracón se caracteriza por presentar atracones frecuentes, acompañados de pérdida de control sobre lo que se está comiendo, sin embargo, después de darse el atracón la persona no presenta conductas compensatorias; y los trastornos de la alimentación y la nutrición que no se consideran en otras enfermedades (antes llamados trastornos alimentarios no específicos: TANE) son variantes de AN y BN pero con síntomas menos acentuados ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)).

Según Saucedo-Molina (2003) el término conducta alimentaria se refiere al conjunto de acciones que lleva a cabo una persona en respuesta a una motivación biológica, psicológica y socio-cultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de ésta da origen a las conductas alimentarias de riesgo (CAR), y al persistir y agravarse conduce a los ya mencionados trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) se definen como aquellas conductas compensatorias características de los TCA, pero que no pueden definirse como un TCA ya que no cumplen con los requisitos de severidad y duración. Dichas conductas incluyen la

preocupación por engordar, los atracones con sensación de falta de control, conductas alimentarias restrictivas como son: la práctica de dietas, ayunos, ejercicio excesivo y consumo de pastillas para adelgazar, y las conductas alimentarias purgativas que incluyen: el uso de laxantes, diuréticos y vómito auto provocado, cuyo fin es bajar de peso.

Varios estudios han encontrado diferencias por sexo en las mediciones de factores que permiten diagnosticar algún trastorno de la Conducta Alimentaria, examinando las influencias de los factores biológicos, así como los factores psicológicos en hombres y mujeres, se ha encontrado que, en general, las mujeres adolescentes se involucran más que los hombres en conductas para bajar de peso, mientras que el ideal de cuerpo masculino no necesita la pérdida de peso, sino más bien el aumento de masa muscular. Estas diferencias por sexo pueden tener explicaciones a partir de los roles de género impuestos por las presiones socioculturales.

Se puede decir que las mujeres experimentan una serie de motivaciones que las impulsa hacia algún trastorno alimentario que son diferentes en los hombres, lo que nos lleva a un sin fin de preguntas: ¿Las diferencias en la prevalencia de los TCA en hombres y mujeres están determinadas por los roles de género? ¿Pueden generalizarse los resultados obtenidos de muestras predominantemente de mujeres hacia lo hombres? ¿Se están evaluando a los hombres con los criterios establecidos para las mujeres? En esta revisión se tratará de responder a estas preguntas por medio de diferentes perspectivas.

## Los trastornos de la conducta alimentaria en cifras

En cuanto a las diferencias en la prevalencia, revisaremos primero los datos epidemiológicos: Los estudios epidemiológicos muestran que tanto la anorexia nerviosa (AN) como la bulimia nerviosa (BN) son más comunes en mujeres que en hombres, en la revisión realizada por Hoek y Hoeken (2003) encontraron una prevalencia promedio de 0.3% de anorexia nerviosa en mujeres jóvenes y de 0.1% en hombres. Mientras

que la prevalencia para bulimia nerviosa fue de 1% en mujeres jóvenes y 0.1% en hombres jóvenes. Sin embargo, en cuanto al trastorno por atracón se encontró una prevalencia de 0.6% en mujeres y de 1.9% en hombres (Striegel-Moore, 2009). Las diferencias por sexo reportadas también dependen de los síntomas específicos que se estén investigando: las mujeres presentan prevalencias más altas de insatisfacción con su peso corporal, de realizar dietas para bajar de peso y de utilizar conductas compensatorias inapropiadas (vómito, purga, ayuno) que los hombres, quienes tienen prevalencias más altas de atracones y del uso de ejercicio excesivo para controlar su peso (Striegel-Moore, 2009). En cuanto a datos de prevalencia de TCA en México, en la Encuesta Mexicana de Epidemiología Psiquiátrica (Medina Mora ME, 2003) se encontró que un 0.2% de AN y 0.9% de BN en mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad.

En México, en la ENSANUT 2012 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012) (Gutiérrez y col. 2012), se reportó que la proporción de adolescentes participantes (jóvenes de 10 a 19 años) que estaban en riesgo de padecer algún TCA por presentar conductas alimentarias de riesgo fue de 1.3% (1.9% en mujeres y 0.8% en hombres). Comparando con la encuesta realizada hace sólo 6 años (ENSANUT 2006: 1.0% en mujeres y 0.4% en hombres adolescentes), se observa con preocupación que las prevalencias se han duplicado. Las conductas alimentarias de riesgo más comunes en adolescentes mexicanos fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. Entre las conductas de riesgo para bajar de peso que se reportaron con mayor frecuencia entre las mujeres adolescentes fue: hacer ayuno, realizar dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes. Mientras que en los varones adolescentes fue: hacer ejercicio para bajar de peso.

En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo (CAR), Unikel y col. (2010) estimaron una prevalencia de 6.8% de estas conductas en una muestra de estudiantes mexicanas de 15 a 19 años de edad, de escuelas preparatorias públicas de 17 localidades urbanas en la República Mexicana. Asimismo, encontraron (Unikel y col. 2006) que las tendencias en cuanto la prevalencia de conductas de riesgo para TCA

han ido en aumento en ambos sexos, analizando por grupo de edad y sexo encontraron que estas conductas aumentan conforme aumenta la edad en las mujeres siendo las más afectadas las jóvenes entre 18 y 19 años de edad, mientras que en los hombres se presenta el fenómeno a la inversa, los más afectados son los varones entre 12 y 13 años.

En la Facultad de Medicina de la UNAM, en un estudio realizado por Morán y col. (2009) encontraron una prevalencia de conductas de riesgo en estudiantes de medicina de 4.3% (de los cuales 16.2% eran hombres y 83.7% mujeres).

Tomando en cuenta el efecto del tamaño de las muestras, los criterios diagnósticos y los instrumentos de medición más enfocados a las mujeres, las diferencias por sexo en los TCA pueden ser menos pronunciadas de lo que se cree que son. Los TCA en hombres están subestimados ya que se considera una enfermedad propia de las mujeres, por lo que en los hombres no se diagnostica adecuadamente o ellos no buscan tratamiento, los estereotipos han propiciado que los varones sean diagnosticados muy tardíamente. Probablemente con los nuevos criterios diagnósticos del DSM-V, donde se suprime el criterio de amenorrea, se encontrarán menores diferencias en las prevalencias de los TCA por sexo.

Un cambio importante en la 5ª. versión del DSM que permitirá visualizar mejor las diferencias por sexo, es el reconocer como una entidad aparte el trastorno por atracón. A pesar de las fallas que pudieran presentarse en la evaluación de las prevalencias de los TCA en mujeres y hombres, es claro que las mujeres se encuentran en mayor riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario, y para explicar estas diferencias diversos autores han desarrollado teorías que puedan dar explicaciones más claras al respecto.

Aplicando una teoría feminista Katzman (1997) pone el énfasis en la importancia de los roles de género asignados a las mujeres, que las inducen a patrones alimentarios aberrantes y a la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal. La crítica a esta teoría habla de la sobrevaloración del sexismo y la exclusión de otras opresiones sociales como son la pobreza, la inmigración y el modelo de la mujer (occidental, blanca, clase media).

En la cultura occidental la mujer aprende de forma temprana que sus oportunidades sociales están determinadas por su apariencia, por lo tanto, las mujeres dan gran importancia en ser atractivas, y para la sociedad el ser atractiva significa ser delgada. El ideal de delgadez se comunica por medio del estereotipo dado por la sociedad a la obesidad: obesidad es mala, delgadez es buena. Conforme los adolescentes se desarrollan física y emocionalmente se van intensificando las expectativas de sus roles de género. Para las mujeres estos estereotipos enfatizan la importancia del atractivo físico como una dimensión central su evaluación, y en la cultura occidental el atractivo físico de la mujer está íntimamente ligado a la delgadez. Mientras que en los hombres el ideal es tener un cuerpo musculoso, lo que empuja a los jóvenes a prácticas no saludables que aumenten el volumen muscular.

Una teoría referente a la occidentalización (teoría de la aculturación) (Katzman, 1997) habla de la adopción de modelos culturales diferentes que provocan la insatisfacción con la imagen corporal. Sin embargo, esto no explica por qué en todos lados las mujeres presentan con mayor frecuencia algún trastorno alimentario.

Por otra parte, una teoría sociocultural asegura que la presión ejercida por los pares, los medios, la familia, la moda sobre las mujeres para ser delgadas, resulta en una insatisfacción con el propio cuerpo. Los medios promueven un “ideal de mujer” extremadamente delgada, quien gracias a su figura podrá ser más atractiva, más deseable y más exitosa. Este modelo sociocultural presume que la internalización de los mensajes para ser delgadas son factores causales de la insatisfacción corporal y de los trastornos alimentarios (Glauert, 2009).

Algunas teorías tratan los problemas de la adopción de los roles de género como una variable secundaria en lugar de asignarle una función etiológica específica. Sin embargo, es un hecho que las mujeres presentan mayores prevalencias de AN y BN, por lo que se necesitan nuevas formas de examinar la relación entre los trastornos alimentarios y los roles de género. En el meta-análisis realizado por Murnen y Smolak (1997), encontraron que las mujeres diagnosticadas con AN tenían más internalizados los roles de género.

Las definiciones operacionales de los roles de género<sup>1</sup> y de las cualidades femeninas tradicionales, especialmente los roles femeninos han cambiado. Hasta los 1970's la adherencia a los roles de género se media utilizando escalas (como ejemplo de estas escalas bipolares está el Minnesota Multiphasic Personality Inventory) que conceptualizaban la femineidad y la masculinidad como opuestos. Así, uno podía ser femenino o masculino, pero no ambos. Esto ha sido criticado por la definición unidimensional de la femineidad y la masculinidad. Según Steiner-Adair (2002), al entrevistar a mujeres adolescentes, las cualidades tradicionales de lo deseable para el "ideal de mujer" han cambiado en los últimos 20 a 30 años, ahora el ideal es la "super mujer", que es una mujer que tiene cualidades tanto masculinas (por ejemplo la asertividad, carrera profesional) como femeninas (la familia, los cuidados) y que se desempeña bien en ambas, y viéndose siempre atractiva. Sin embargo, también se encontró que las mujeres que adoptan este patrón de "super mujer", a quienes por otro lado no se les permite expresar enojo y frustración de manera abierta, tienen mayor riesgo de caer en algún tipo de trastorno alimentario. Otra de las explicaciones puede ser la discrepancia entre los roles de género modernos adoptados por las adolescentes y las expectativas de los padres en cuanto a los roles de género tradicionales. Esto enfatiza la importancia de considerar el contexto social en el que el individuo se desempeña y donde se definen los roles de género, al querer teorizar sobre los factores de riesgo de los trastornos alimentarios.

Gran parte de la investigación, cuando se habla de la relación de género y trastornos alimentarios, se centra en la adopción de los roles de género, sin embargo, han de tenerse también en cuenta ciertas experiencias de objetivación del cuerpo, como son el acoso y el abuso sexual, que son factores desencadenantes de los trastornos alimentarios. Estas experiencias aunadas a los dobles mensajes en cuanto a la sexualidad emitidos por la sociedad, causan graves confusiones sobre todo

<sup>1</sup> Roles de género: el papel o rol de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Marta Lamas. "Cuerpo: diferencia sexual y género". México, Ed. Taurus. 2002.

a las adolescentes, siendo esta etapa un tiempo de cambio e intensificación de los roles de género.

## Diferencias de riesgo en hombres y mujeres

Para el presente artículo se identificarán algunos factores individuales, familiares y sociales que determinan las diferencias en el riesgo de padecer trastornos alimentarios en mujeres y en hombres, ya que los TCA son una de las psicopatologías que más se diferencian por sexo.

Entre los factores individuales o personales se comentarán algunos aspectos biológicos (factores hormonales y peso corporal) y psicológicos (baja autoestima, insatisfacción con la imagen corporal, internalización del ideal de delgadez) que determinan las diferencias.

### *Factores individuales*

**Factores biológicos:** Algunas investigaciones (Racine, 2011) indican que las hormonas ováricas pueden ser factores biológicos importantes que contribuyen al desarrollo y aumento en el riesgo de trastornos alimentarios en las mujeres. Los cambios en las hormonas ováricas durante el ciclo menstrual pueden tener influencia sobre la conducta alimentaria y la forma como se percibe el cuerpo. La forma de acción de estas hormonas ováricas es a través de su regulación en la ingesta de alimentos: El estradiol (forma más importante de estrógeno) provoca pérdida del apetito, mientras que la progesterona tiene un efecto estimulante para el consumo de alimentos. Esto ha llevado al estudio del rol de las hormonas ováricas en la presencia de algunos comportamientos relacionados con los trastornos alimentarios, principalmente los atracones, a lo largo del ciclo menstrual y se ha observado que en la parte del ciclo donde se aumenta la progesterona, para la preparación para la concepción (fases lútea y premenstrual), se presentan atracones con mayor frecuencia que en las otras etapas del ciclo menstrual, con el estradiol (estrógenos) inversamente asociado a los atracones y la progesterona positivamente asociada. Por otra parte, además de tener

influencia sobre el consumo de alimentos, las hormonas ováricas también se han relacionado con la etiología y expresión de algunos síntomas y factores de riesgo para los trastornos alimentarios, como el deseo de delgadez, la insatisfacción con la imagen corporal y la restricción dietética. Se ha reportado (Racine, 2012) que los niveles bajos de estradiol (estrógenos) en la fase premenstrual pueden llevar a niveles más altos de insatisfacción corporal, así como de un aumento en el consumo de alimentos ricos en azúcares y grasas. Estos alimentos tienen un efecto opioide en jóvenes con bulimia, lo que propicia el aumento en el consumo de este tipo de alimentos. (Hernández, 2003).

Otro factor biológico importante asociado con un aumento en el riesgo de algún trastorno alimentario es el sobrepeso y la obesidad. Los estudios transversales que se han llevado a cabo no permiten identificar la temporalidad en la determinación de los factores de riesgo, sobre todo en lo que se refiere al sobrepeso y la obesidad. En un estudio longitudinal realizado por Neumark-Szteiner y col. (2009) trataron de identificar los factores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios en adolescentes hombres y mujeres con sobrepeso. Se encontró como factor de riesgo la experiencia de ser obeso en una sociedad orientada hacia la delgadez y aunque la proporción de adolescentes con sobrepeso era igual entre hombres y mujeres, la presencia de trastornos alimentarios era el doble para las mujeres que para los hombres, por la importancia que se le da al peso corporal en la sociedad. También se encontró que comportamientos inadecuados para el control de peso (como saltarse las comidas, comer muy poco, realizar ayunos, utilización de sustitutos de alimentos y fumar) aumentaron el riesgo de padecer algún trastorno alimentario, mientras que comer una alimentación saludable sin saltarse comidas fue un factor protector en ambos sexos.

La preocupación por el peso corporal en la niñez y la adolescencia es considerada factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. En la pubertad esto se ve exacerbado por la aparición de los caracteres sexuales secundarios que conllevan aumento de peso y cambios en la figura corporal. La preocupación por el peso en las niñas, que se ha reportado (May, 2006) desde muy temprana edad (5 a 9

años), ha sido predictora de insatisfacción con la imagen corporal y trastornos alimentarios en la adolescencia. Mientras que los hombres están preocupados por no ser suficientemente altos y musculosos.

### *Factores psicológicos*

Entre los factores psicológicos que predicen con mayor fuerza algún tipo de trastorno alimentario son la insatisfacción con la imagen corporal, la internalización del ideal de delgadez, la baja autoestima, el perfeccionismo, entre otras. Mientras que son factores protectores en ambos sexos la satisfacción con la imagen corporal y un alta autoestima. Existen varias diferencias por género asociadas a los aspectos psicológicos: La depresión y la baja autoestima, según McCabe y Vincent (2003), son los factores más consistentes que predicen alguna forma de trastorno alimentario entre las mujeres. Mientras que la ansiedad y los sentimientos de ineficiencia lo son para los hombres. Tanto en hombres como en mujeres la baja autoestima es un factor de riesgo importante para el desarrollo de los TCA en la adolescencia en ambos sexos.

Varios estudios (Castro, 2007) han relacionado el perfeccionismo como característica en pacientes con anorexia y con bulimia, así como factor de riesgo para padecerlos. El perfeccionismo es una característica de la personalidad donde existe un énfasis excesivo en la organización y la precisión, una lucha por lograr estándares personales muy altos e irreales (como es el atractivo físico y la delgadez), aunados a una dura autocrítica al no poder alcanzarlos, una preocupación excesiva sobre los propios errores y dudas sobre los logros personales.

La insatisfacción con la imagen corporal se define como “una evaluación subjetiva negativa del propio cuerpo”, que debe diferenciarse de la incapacidad para percibir realísticamente el propio peso corporal (distorsión de la imagen corporal), y la extremada importancia que se le da al peso en la propia valía. La alta proporción de mujeres (60% de las mujeres y 30% de los hombres adolescentes que se estudiaron deseaban cambiar su figura) (Presnell, 2004) que están infelices con su propio cuerpo es de preocupar, debido a la relación encontrada

entre la insatisfacción con la imagen corporal y el desarrollo de los trastornos alimentarios, baja autoestima y depresión. Aunque las causas de la insatisfacción con la imagen corporal son múltiples, la teoría sociocultural es la que parece tener mayor peso en la causalidad.

La internalización (es la incorporación de valores específicos al grado que se vuelven principios que guían la conducta) del ideal de delgadez parece llevar a la insatisfacción con la imagen corporal, por medio de la frustración generada ante la imposibilidad de tener el cuerpo “ideal”. Se ha considerado a la insatisfacción con la imagen corporal como un problema que afecta de manera importante a una proporción elevada de la sociedad. El deseo de ser delgadas es tan prevalente entre las mujeres que se considera un “descontento normativo”, y no sólo en adolescentes y mujeres jóvenes también se ha encontrado (Dohnt, 2006) que cada vez más preadolescentes (aproximadamente de 8 a 11 años de edad) están descontentas con su imagen corporal y desean ser más delgadas. Siendo esta insatisfacción un factor de riesgo para una baja autoestima, aumento en la sintomatología de trastornos alimentarios, realización de dietas, obesidad y depresión. Por otro lado, se ha observado (McCreary, 2000) que mientras en las mujeres la insatisfacción con la imagen corporal tiene una relación lineal positiva en relación al peso, entre más delgadas más satisfechas, en los hombres esta relación es curvilínea, esto es, están insatisfechos cuando tienen un peso por debajo de lo normal o cuando tienen obesidad.

La aceptación o estima de la propia imagen corporal puede evitar la internalización de la imagen corporal y por ende el desarrollo de los trastornos alimentarios en adolescentes de ambos sexos. El deseo de un cuerpo extremadamente delgado ha sido considerado causa de los trastornos alimentarios en mujeres por mucho tiempo, sin embargo, por más de una década se ha considerado que el deseo de muscularidad en los hombres es un factor de riesgo para una percepción alterada de su imagen corporal y comportamientos riesgosos de alteración del cuerpo (ejercicio excesivo, consumo de sustancias) en los hombres (Flament, 2012). La preocupación excesiva por el peso y la figura están relacionadas con los trastornos alimentarios, con deficiencias

nutricionales, depresión, conductas de riesgo y suicidas. En la medida en que se enfoque la atención y la energía en alcanzar una imagen corporal ideal, limitan su poder para desarrollarse en otros aspectos de la vida.

### *Factores familiares*

Entre los factores familiares relacionados con los trastornos alimentarios está el medio ambiente familiar y la relación padres-hijos: El medio ambiente familiar es el primer contacto para el desarrollo de los hábitos alimentarios, sanos o de riesgo, en las niñas y niños y también en adolescentes. Algunas características familiares que han sido reportadas como de riesgo para el desarrollo de bulimia nerviosa son: poco contacto y apoyo de los padres, pocos cuidados de parte de las madres y poca afectividad en las familias, por otro lado, algunas pacientes con anorexia han reportado: mensajes inconsistentes por parte de los padres en cuanto a la independencia y autonomía de los adolescentes, padres poco afectivos y controladores, así como madres controladoras y distantes. Como factor protector se ha encontrado el conocimiento que tienen los padres de sus hijos e hijas, lo que indica una relación cercana y afectiva entre los niños y adolescentes y sus padres. En un estudio realizado por Austin y Smith (2008) reportaron que los valores culturales tradicionales fueron encontrados como protectores para evitar la internalización del ideal de delgadez en un grupo de adolescentes mexicanas. A estos valores le llamaron “familismo”, que se refiere a la conexión emocional entre los miembros de la familia, donde no hay burlas con respecto a la imagen y donde existe un sentido de pertenencia y de compromiso.

Los mensajes que los padres dan a los hijos e hijas desempeñan un papel importante en la etiología de los trastornos alimentarios. Los comentarios negativos, especialmente de las madres hacia sus hijas con respecto a su peso, se correlacionan con el desarrollo de los trastornos alimentarios y el deseo de delgadez. También se ha encontrado esta correlación con respecto a los comentarios negativos externados

por los padres, aunque se necesita más investigación a este respecto (Linville, 2011).

Las relaciones que más se han estudiado son las relaciones madre-hija (Linville, 2011). Se ha observado que las hijas de madres que tienen una concepción más tradicional de los roles de la mujer con una personalidad perfeccionista, tienden a presentar mayor preocupación por su peso y su apariencia. Por otro lado, casi no se ha estudiado el rol de la experiencia padre-hija en el desarrollo de la preocupación por el peso corporal. Siendo que tanto las madres como los padres transmiten mensajes y emiten críticas sobre sus expectativas en cuanto al peso y la imagen de sus hijas. Maine (2004), en su interesante libro "Father hunger", considera que el vacío que experimentan algunas mujeres cuyos padres están emocionalmente ausentes puede producirles una imagen corporal irreal y conductas alimentarias de riesgo; por otro lado, un padre cálido y protector puede reforzar los sentimientos de aceptación y seguridad de su hija, al sentirse aceptada por los hombres más cercanos en su vida puede sobreponerse a las presiones sociales por ser delgada. Otra relación familiar que casi no ha sido estudiada y debería abordarse con mayor profundidad es la relación padre o madre-hijo varón, en cuanto a su preocupación por el peso corporal, ya que la prevalencia de hombres con preocupación por su peso y su figura que lleva a los trastornos alimentarios es cada día más alta.

En la relación padres-hijos, el apoyo familiar juega un papel primordial en el sano desarrollo psíquico y social de los niños. Varios estudios han demostrado que la integración familiar es parte esencial del desarrollo de los hábitos alimentarios de los niños y niñas y de los jóvenes. Aquellos niños y jóvenes que perciben un ambiente familiar como carente de comunicación, apoyo y cuidados y quienes reciben comentarios negativos en cuanto a su peso tienen un mayor riesgo de caer en algún trastorno alimentario. Por lo que Loth y col. (2009), después de preguntar a un grupo de adolescentes en tratamiento por TCA, dieron una lista de recomendaciones identificadas por los propios adolescentes, éstas son: aumentar el apoyo familiar, disminuir las pláticas sobre peso e imagen corporal, así como evitar las burlas, proveer y modelar una alimentación saludable en casa, así como de

actividad física, ayudar a los niños y adolescentes a construir su propia autoestima más allá del peso y la apariencia física, animar a los niños y a las niñas, así como a los jóvenes a expresar sus sentimientos y entenderlos, aumentar el conocimiento sobre los signos y síntomas de los trastornos alimentarios y buscar apoyo para sus propios problemas y luchas. Estas son algunas sugerencias de como los padres pueden ayudar a sus hijos e hijas a desarrollarse con actitudes y comportamientos sanos en cuanto al peso y la alimentación en un ambiente que promueve lo contrario. Aunque es importante, que no se ponga toda la culpa en la familia, que está inmersa también en esta cultura de la delgadez y no sabe de qué manera lidiar con ella. Los medios de comunicación y la fuerte influencia de los pares también tienen mucho que ver en este problema (Neumark-Szteiner, 2009).

### *Factores socioculturales*

La prevalencia de los trastornos alimentarios ha aumentado en las últimas décadas, principalmente en los adolescentes. Este aumento en la prevalencia puede estar relacionado al aumento en el conocimiento de estos trastornos, pero también está ligado a la adopción de los ideales de delgadez y belleza perpetuados por la sociedad y los medios de comunicación. El desarrollo de la imagen corporal en los adolescentes está influenciado por diversas fuerzas socioculturales, entre las que están las experiencias con los pares, la familia y los medios. Los y las adolescentes crean una cultura de la imagen con los pares gobernadas por normas y expectativas que se moldean y refuerzan por la sociedad. Estas expectativas moldean los comportamientos y actitudes hacia la propia imagen corporal y obligan a la persona a incorporar la preocupación por una figura delgada como parte imprescindible de su autoestima. Los amigos son parte muy importante en la adolescencia y contribuyen al desarrollo de su imagen y a las estrategias para el cambio de la misma. Jones y Crawford (2006) encontraron dos aspectos de la cultura de la apariencia que se manifiestan entre los amigos: conversaciones sobre la apariencia y sobre las estrategias para el cambio (dietas en las mujeres/aumento muscular en los hombres)

(Jones, 2006). En cuanto conversaciones sobre la apariencia, éstos autores encontraron que las mujeres reportaron tener más conversaciones sobre la apariencia con sus amigas y formas de como bajar de peso (dietas), mientras que los hombres reportaron recibir más burlas por tener bajo peso y ser poco musculosos y más conversaciones sobre la manera de aumentar la musculatura.

Actualmente vivimos inmersos en una cultura que sobrevalora la delgadez y la imagen corporal “perfecta”, por lo que los trastornos alimentarios pueden considerarse como una enfermedad socialmente promovida. El bombardeo de imágenes y mensajes a través de los medios, la publicidad, la moda, la promoción de productos para bajar de peso han logrado la interiorización colectiva de la cultura de la delgadez y un descontento normativo de la imagen corporal. Una exposición repetida es necesaria para el proceso de internalización, los medios han logrado esta clase de estímulos a los que las mujeres están expuestas constantemente, por medio de las revistas, la televisión, el cine, la moda. Se ha observado (Foley, 2004) que en los últimos 40 años, en las revistas para mujeres, cada vez las modelos aparecen más delgadas y mostrando todo el cuerpo (¡no nada más se necesita ser una cara bonita hay que tener un cuerpo perfecto!), por lo que ésta constante exposición a cuerpos cada vez más delgados ha logrado la internalización de la imagen de delgadez.

Otro estudio interesante es el realizado por Brownell y Napolitano (1995) quienes preocupadas por la exposición de las niñas a ideales irreales de peso y figura evaluaron las proporciones de la muñeca Barbie (se han vendido más de 1000 millones de muñecas Barbie en el mundo) comparándolas con las proporciones de una mujer adulta joven sana, calculando que la muñeca es fabricada a escala de 1/6, correspondería a 1.75m de altura y a un estimado de 91 cm de pecho, 46 cm de cintura y 84 cm de cadera y a 50 kg de peso, ésta muñeca ha sido comercializada como un modelo adolescente a la moda durante más de 50 años ¡cuidado ésta es la silueta de una de las imágenes más admiradas por las niñas!

Por otra parte, en los hombres el deseo de delgadez no es tan pronunciado, más bien ellos desean con mayor intensidad ser más

musculosos. La sociedad refuerza este estereotipo ligando la idea de muscularidad con la de masculinidad, llevando a la insatisfacción con la imagen corporal y de ahí a un tipo de distorsión de la imagen corporal que se ha encontrado principalmente en los hombres y se ha llamado dismorfia muscular o vigorexia. Los individuos con vigorexia reportan una preocupación obsesiva por su muscularidad, al grado que afecta de manera importante su funcionamiento social y laboral, ya que pasan muchas horas en el gimnasio y pueden llegar a consumir esteroides anabólicos, con el fin de aumentar su muscularidad, aunque conozcan los graves riesgos para la salud. Siguiendo con el tema de los juguetes y de su capacidad para internalizar una imagen corporal “perfecta”, Pope y col. (1999) encontraron que los muñecos de acción (por ejemplo los GI Joe) han aumentado sus proporciones musculares de manera desmedida a lo largo de sus más de 40 años de existencia, a niveles irreales e incompatibles para la salud, acompañados con una expresión facial de furia.

## Conclusiones

Los trastornos alimentarios son una preocupación en la salud de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos debido al impacto que tienen éstos en la salud física y mental de aquellos que la padecen. Se ha estimado que entre las personas que reciben tratamiento, entre el 40 a 60% de ellos se recuperan totalmente. Considerando el alto costo y la dificultad para la recuperación, son imperativas las acciones en la prevención de los trastornos alimentarios.

El anhelo de adelgazar o de tener una figura corporal “perfecta” se ha convertido en un valor central de nuestra cultura, siendo éste el mayor factor de riesgo para los trastornos alimentarios; es la moda, los medios de comunicación quienes nos inculcan qué debemos desear y pensar.

Tanto hombres como mujeres están sometidos a la presión ambiental y cultural de una sociedad donde se rinde culto a la imagen: la delgadez femenina y la muscularidad masculina. Existe mayor riesgo

de alteraciones del comportamiento alimentario en las mujeres y hombres que más aspiran a encarnar estos ideales estereotipados de mujer y de varón.

Como se comentó existen varios factores de riesgo para los TCA en hombres y mujeres, entre los principales están las normas de peso corporal establecidas por pares, familiares y los medios de comunicación, la cultura de la apariencia, las burlas, las prácticas para el control de peso como es el realizar dietas restrictivas y ayunos. Por otro lado, existen factores protectores en contra de estos trastornos, entre los que se encuentran el apoyo y la cohesión familiar, una atmósfera agradable en los tiempos de comida, algunos hábitos alimentarios saludables que se han asociado como factores protectores son el desayunar, el consumo de frutas y verduras y el bajo consumo de refrescos (Franko, 2008).

Seguramente la obesidad es un problema de salud pública en todas partes, sin embargo, debe hacerse énfasis, sobre todo en los adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, en la importancia de la prevención y de la excesiva preocupación sobre el peso corporal, evitando el empleo de conductas de riesgo alimentario, como son el realizar dietas constantemente para bajar de peso; esto aunado al reforzamiento de acciones que favorezcan la autoestima, reconociendo los sentimientos que tienen sobre ellos y sus vidas, así como la promoción de una alimentación saludable y del ejercicio recreativo. También es importante trabajar con las familias para mejorar las relaciones y el apoyo familiar. El personal de salud encargado en tratar la obesidad debe estar consciente del doble riesgo entre obesidad y trastornos alimentarios, para evitar la implementación de intervenciones que no toman en cuenta el riesgo de padecer trastornos alimentarios. Al profesorado debe dárseles información adecuada en las escuelas, junto con un ambiente familiar saludable son factores esenciales para contrarrestar los mensajes nocivos que favorecen una imagen corporal patológica.

Aunque las mujeres presenten niveles más altos de insatisfacción con su imagen corporal, también se ha encontrado datos preocupantes en cuanto a insatisfacción de la imagen corporal en los hombres.

Esto sugiere que las intervenciones enfocadas a la prevención de esta insatisfacción, que puede llevar a trastornos psiquiátricos como la depresión y los TCA, deben ser para ambos sexos, incrementando el afecto positivo y el apoyo de pares y familiares. Siempre teniendo en mente que las mujeres prácticamente todas desean estar más delgadas y en los hombres está dividido algunos desean ganar peso y otros perderlo. Por lo que las intervenciones en los hombres deben darse en ambos polos. Dentro de los programas de prevención de los TCA se debe tomar en cuenta: que la adolescencia temprana es una etapa de alta vulnerabilidad en las mujeres. Según Adebé y col. (2011) los hombres y las mujeres muestran trayectorias diferentes en el desarrollo de síntomas bulímicos durante la adolescencia y la transición a la edad adulta. Por lo que las intervenciones de prevención deben enfocarse en las mujeres de 14 a 16 años y en los hombres al inicio de la década de los 20 años. Se necesita más investigación, principalmente entre los hombres, para determinar los aspectos psicológicos que los empujan hacia los TCA, con el fin de poder desarrollar programas de intervención adecuados y diferenciados según el sexo y género.

Entender mejor la relación entre la percepción de los adolescentes de la imagen corporal ideal y su autoestima y el desarrollo de trastornos alimentarios ayudará a formular estrategias educativas para prevenir la insatisfacción con la imagen corporal y de ahí evitar el desarrollo de los TCA, mejorar la relación de los y las adolescentes con sus padres, con el fin de que haya mayor intimidad, el conocimiento de los padres sobre sus hijos e hijas y ayuda efectiva en la resolución de conflictos.

Los modelos impuestos por una sociedad obsesionada con la delgadez y la “imagen perfecta” como sinónimo de éxito y aceptación ha llevado a un gran número de jóvenes a padecer algún TCA. El padre, la madre, las maestras y maestros, los/las entrenadores/as, el personal de salud tienen la gran responsabilidad de educar desde la infancia a defenderse de modelos estereotipados del culto excesivo al cuerpo y a la imagen y de la obsesión por lograr una perfección irreal.

## Referencias

- Adebe D, Liey L, VanSoest T. “The development of bulimic symptoms from adolescence to young adulthood in females and males: a population-based longitudinal cohort study”. *Int J Eat Disord* 45 (2012), p. 737-745.
- Austin J, Smith J. “Thin ideal internalization in Mexican girls: A test of the Socio-cultural Model of Eating Disorders”. *Int J Eat Disord* 41(2008), p. 448-457.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Brownell K, Napolitano M. “Distorting reality for children: body size proportions of Barbie and Ken dolls”. *Int J of Eat Disord* 18(3) (1995), p. 295-298.
- Castro J, Gual P, Lahortiga F, Toro J. “Self-oriented perfectionism in eating disorders”. *Int J Eat Disor* 40 (2007), p. 562-568.
- Dohnt H, Tiggemann M. “Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior to adolescence”. *J of Youth and Adolescence* 35(2) (2006), p. 141-151.
- Flament M, Hill E, Buchholz A. “Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: The mediation effects of body esteem” *Body image* 9 (2012), p. 68-75.
- Foley M, Gray J, Ahrens A. “No longer just a pretty face: Fashion magazines’ depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999”. *Int J of Eat Disord* 36 (2004), p. 342-347.
- Franko D, Thompson D, Bauserman R, Affenito S, Striegel-Moore R. “What’s love got to do with it? Family cohesion and healthy eating behaviors in adolescent girls”. *Int J of Eat Disord* 41 (2008), p. 360-367.
- Glauert R, Rhodes G, Byrne S y col. “Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals”. *Int J Eat Disord* 42 (2009), p. 443-445.
- Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, Romero M, Hernández M. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- Hernández V, Trava M, Bastarrachea R, Laviada H. “Trastornos bioquímicos y metabólicos de la Bulimia Nerviosa y la alimentación compulsiva”. *Salud Mental* 26(3) (2003), p. 9-15.

- Hoek H., Hoeken D. Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J of Eat Disorders* 34 (2003), p. 383-396.
- Jones D, Crawford J. "The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations". *Journal of Youth and Adolescence* 2 (2006), p. 257-269.
- Katzman M, Sing L. "Beyond Body Image: The integration of Feminist and Transcultural Theories in the understanding of self starvation". *J Eat Disord* 22 (1997), p. 385-394.
- Linville D, Stice E, Gau J, O'Neil M. "Predictive effects of mother and peer influences on increases in adolescent eating disorder risk factors and symptoms: a 3-year longitudinal study" *Int J Eat Disord* 44 (2011), p. 745-751.
- Loth K, Neumark-Sztainer D, Croll J. "Informing family approaches to eating disorder prevention: perspectives of those who have been there" *Int J Eat Disord* 42 (2009), p. 146-152.
- Maine M, Johnson C. *Father hunger: Fathers, daughters and the pursuit of thinness*. 2<sup>nd</sup>. Edition. USA: Gürze Books, 2004.
- May A, Kim J, McHale S, Crouter A. "Parent-adolescent relationships and the development of weight concerns from early to late adolescence". *Int J Eat Disord* 39 (2006), p. 729-740.
- McCabe M, Vincent M. "The role of biodevelopment and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females". *Eur Eat Disorders Rev.* 11 (2003), p. 315-328.
- McCreary D, Sasse D. "An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls". *J of American College Health* 48(6) (2000), p. 297-304.
- Medina Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C. "Prevalencia de trastornos mentales, uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México". *Salud Mental* 26 (2003), p. 1-16.
- Moran C, Cruz V, Iñárritu MC. "Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en estudiantes universitarios". *Rev Med del Hospital General de Mex.* 72 (2) (2009), p. 68-72.
- Murnen S, Smolak L. "Femininity, Masculinity, and Disordered Eating: A meta-analytic review" *Int J of Eating Disorders* 22 (1997), p. 231-242.
- Neumark-Szteiner D, Wall M, Story M, Sherwood N. "Five year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of

- overweight adolescents: Implications for prevention and treatment". *Int J Eat Disord* 42 (2009), p. 664-672.
- Pope H, Olivardia H, Gruber A, Borowiecki J. "Evolving ideals of male body image as seen through action toys". *Int J Eat Disord* 26 (1999), p. 65-72.
- Presnell K, Bearman S, Stice E. "Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study". *Int J Eat Disord* 36 (2004), p. 389-401).
- Racine S, Culbert K, Keel P, Sisk Ch, Burt A, Klump K. "Differential associations between ovarian hormones and disordered eating symptoms across the menstrual cycle in women". *Int J Eat Disord* 45 (2012), 333-344.
- Saucedo-Molina T. "Modelos predictivos de dieta restringida en púberes hombres y mujeres y en sus madres". Tesis de doctorado. México: UNAM, 2003.
- Steiner-Adair C, Sjoström L, Franko D, Pai S, Tucker R, Becker A, Herzog D. "Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice". *Int J Eat Disord* 32 (2002), p. 401-411.
- Striegel-Moore R y col. "Gender differences in the prevalence of eating disorder symptoms" *Int J Eat Disord* 42 (2009), p. 471-474.
- Unikel C, Nuño B, Celis A, Saucedo T, Trujillo E, García F, Trejo J. "Conductas alimentarias de riesgo. Prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años". *Rev Invest Clin* 62(5) (2010), p. 424-432.
- Unikel C, Bojorquez L, Villatoro J, Fleiz C, Medina Mora ME. "Conductas alimentarias de riesgo en población infantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003". *Rev Invest Clin* 58(1) (2006), p. 15-27.



## AUTORES / AS

Dra. Alba Elena Ávila González.  
Profesora de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa-Departamento de Antropología.

Dra. en Historia, Ana María Carrillo Farga.  
Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

Dr. Roberto Castro.  
Investigador del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), UNAM.

Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois.  
Investigadora en Ciencias Médicas en la Subdirección de Investigaciones Comunitarias, Instituto Nacional de Perinatología. Integrante de la Planta Docente Complementaria del Posgrado en Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

Dra. Joaquina Erviti.  
Investigadora del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), UNAM.

Dr. Juan Guillermo Figueroa Perea.

Profesor-Investigador de El Colegio de México AC, Profesor de Asignatura de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM.

Dra. en Antropología, Rocío Fuentes Valdivieso.

Investigadora de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

Dra. Elsa S. Guevara Ruiseñor.

Profesora de Carrera Titular “B”, Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Nutrióloga María del Carmen Ñarritu Pérez.

Técnica Académica de tiempo completo, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

Dra. Hortensia Moreno Esparza.

Técnica Académica Titular “C” de tiempo completo del Programa Universitario de Estudios de Género, Profesora de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

Maestra Luz María Angela Moreno Tetlacuilo.

Profesora Asociada “C” de Tiempo Completo y Coordinadora del Programa de Estudios de Género y Salud del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM.

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez.

Profesora de Cátedra del Tecnológico de Monterrey, Campus Santa Fe; Consultora Independiente en temas de género, salud y derechos humanos.

*La perspectiva de género en la salud*

Editado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, se terminó de imprimir el 9 de mayo de 2016

en Formas e Imágenes, S.A. de C.V., Av. Universidad 1953, 2-E, Copilco el Bajo, 04340, Coyoacán, Ciudad de México, formaseimagenes@gmail.com

La composición tipográfica se hizo en Adobe Garamond 11 y 13pts y Alegreya Sans 18pts

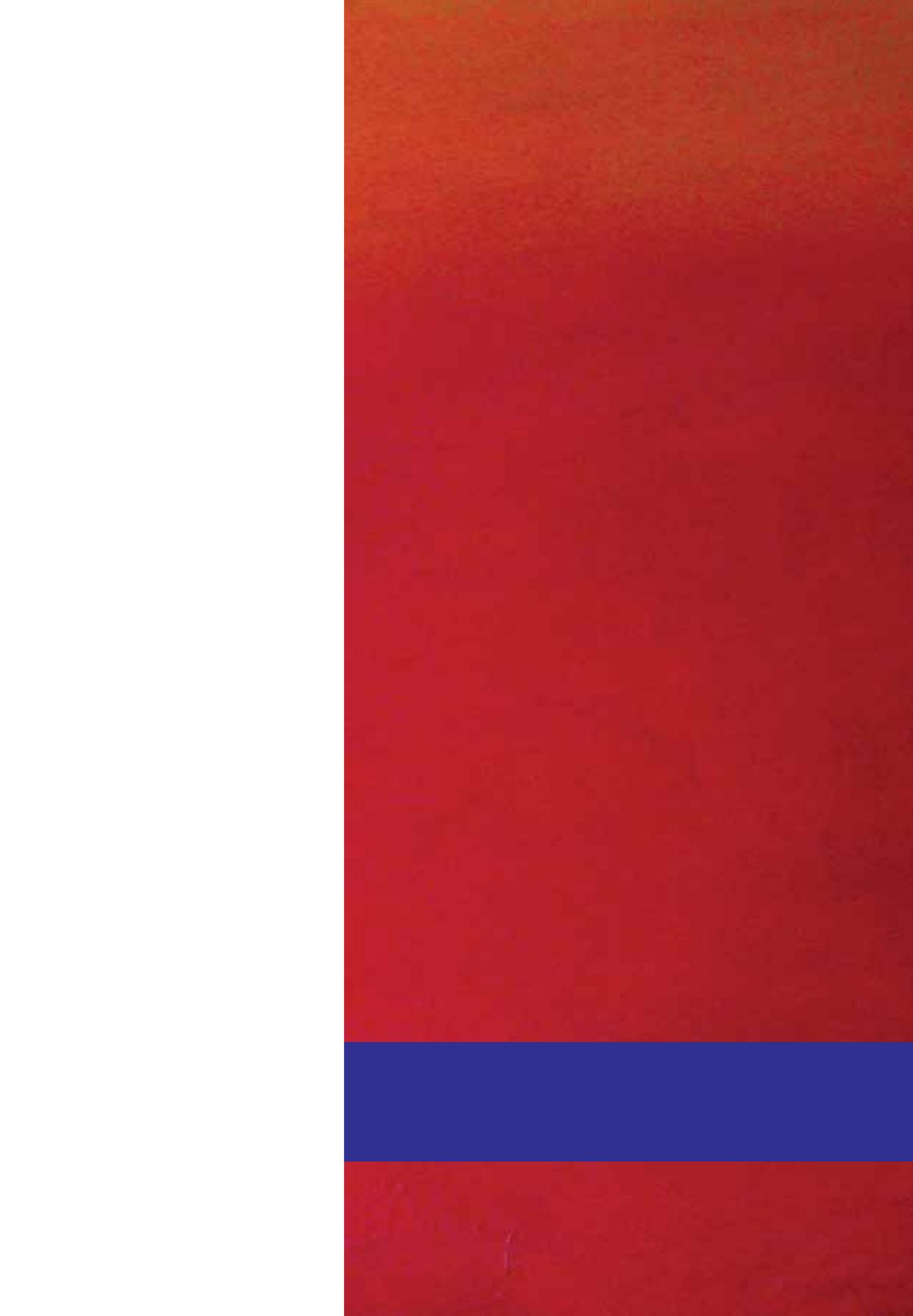
Formato 16 × 23 cm, 280 páginas a una tinta, encuadernación rústica

Impresión offset sobre papel Bond de 90 g y cartulina Couché de 120 g

Diseño y diagramación: Leticia Pérez Solís

Tiraje de 300 ejemplares







**D**iez autoras/es aportan textos interesantes y de gran calidad, que nos llevan a reflexionar sobre la ingente necesidad de incorporar la perspectiva de género en el proceso salud-enfermedad-atención-educación e investigación, y la importancia de que los profesionales de la salud incorporen y apliquen dicha perspectiva en su quehacer cotidiano. Resaltan la urgencia de hacer una diferenciación por sexo en el estudio clínico del cuerpo humano para comprender mejor los orígenes de ciertos padecimientos, que inciden directamente en la salud y enfermedad de las personas, y de poner fin a las inequidades y desigualdades de género manifestadas lo mismo en el lenguaje que en la reproducción humana o el ambiente laboral y de la educación médica.



Facultad de Medicina

