



or largo tiempo la ginecología y

Obstetricia fue una especialidad considerada "feliz" en la que los obstétricas hacían que las mujeres parieran y éstas quedaran agradecidas por toda la vida. Se enaltecía la capacidad reproductiva como sinónimo de feminidad. En nuestros contextos culturales, la madre es el paradigma de la mujer, es decir, ser madre, es ser mujer. Estas palabras, hacen que en la madre se reconozcan como únicos niveles existentes, el biológico y/o el intrasíquico.

Otras corrientes extremas plantean que la capacidad reproductiva femenina es la causa de subordinación y promueven diferentes formas de anulación del aparato reproductivo.

Según Willians, 1977, en su tratado sobre "Psicología de la Mujer", y posteriormente revertido por Ana María Daskal, 1993, el rol de mujer y su identidad adquirida por una idiosincrasia llena de suposiciones, valores y actitudes muy propios del rol de género que en esa etapa caracterizaba a la mujer.

Preceptos muy establecidos de dependencia, irracionalidad, debilidad sumisión a la autoridad, aceptación del cuidado, no era más que el papel tradicional de la mujer.

La mentalidad del médico no escapa a estos criterios obsoletos y colegas del siglo XIX afirmaban que los procesos evolutivos inherentes a la vida, como menstruación, embarazo, menopausia, hacían que las mujeres no fueran idóneas para ocupar puestos de prestigio. El matrimonio y la procreación eran "saludables" para las mujeres y que cuando éstas no se adaptaban al estereotipo femenino establecido, era una situación patológica.

Los conceptos han cambiado y el tiempo y la práctica robustecidos por el quehacer constante de procesos investigativos, tornan arcaicos el concepto de mujer fracasada o incompleta en su feminidad, aquella que no tiene hijos y mucho menos si el no tenerlos forma parte de una elección consciente.

Dra. Lessing Spengler González *

SALUD ginecológica

desde un enfoque de género

Si los conceptos de género y salud se asientan cada vez más en nuestra vida cotidiana y profesional, motivando un análisis integral respecto a nuestra conducta ante la vida y con la vida, ¿por qué no reflexionar sobre el comportamiento de la salud ginecológica analizado desde un enfoque de género?

El lugar de la madre, padre e hijos, se incluyen dentro de un sistema de relaciones, cuyas características se definen de acuerdo a las épocas históricas en relación con la necesidad de la sociedad en su conjunto. Todas son expresión de un momento histórico cultural dado.

Queremos analizar entonces el concepto de género:

Abarca todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la femineidad, es decir que va más allá del concepto de sexo, el que sólo se refiere a los aspectos biológicos, anatómicos y al intercambio sexual en sí.

El género abarca una multitud de complejos procesos, vinculados a valores, mandatos, socialización diferencial de varones y mujeres en cada cultura y época histórica. En él se distinguen:

Identidad: Propiamente dicha se inicia entre los dos y tres años y es la conciencia de pertenencia a un sexo.

Rol: Conjunto de expectativas acerca del comportamiento social apropiado según sexo establecido o determinado.

Asignación de género: Lo asigna la familia y la sociedad, en su crianza aplica el estereotipo femenino o masculino.

La salud ginecológica devendrá entonces en parte de aquella que es salud de la mujer, en su enfoque amplio de análisis, de acuerdo a su comportamiento a nivel psicológico, biológico, sexual y social, en interrelación de funciones y, específicamente en el estado de su función ginecológica, al ser ésta capaz de satisfacer sus expectativas, de acuerdo a la adecuación de los cuatro niveles antes mencionados.

La manera en que se comporta la mujer en nuestro tiempo viene aparejada al desarrollo evolutivo, producto de su aprendizaje en la interpretación de los procesos de su entorno.

En la mujer pueden presentarse toda una gama de enfermedades, que antes por desconocidas o poco frecuentes no eran diagnosticadas. El incremento en las relaciones sexuales por nuestros mismos cambios de género las han propiciado.

La mujer ha extendido sus años de relaciones sexuales a etapas muy precoces y muy tardías de la vida, la sexualidad individual de cada una de sus etapas de transición ha significado un reto en su calidad de vida.

Es por ello que la mujer no socialmente avanzada, "presta" su cuerpo en las relaciones sexuales, contrae enfermedades de transmisión sexual en mayor número que antes, como consecuencia de la no realización de acciones de salud que la prevenga en el desempeño de su vida en pareja o sin ella; y de su desinformación de cómo evitarlas.

Se suma a esto la aparición de nuevas cepas, muchas de ellas resistentes a los antibióticos habituales, se condiciona la aparición de cuadros infecciosos, que originan enfermedad inflamatoria de la pelvis, cuando no de infección del neonato y en el caso de virus como el SIDA y hasta neoplasias genitales.

Estudios realizados con numerosas mujeres han puesto de manifiesto que la frecuencia de carcinoma de cuello va paralela a la frecuencia de coito, al número de parejas sexuales, al número de amantes del esposo, en caso de tener la mujer un sólo compañero sexual.

Existe una proporcionalidad entre el riesgo de E.T.S. de las pacientes estudiadas y el riesgo de carcinoma y displasia de cuello. Esto se debe a que lo que determina la aparición de la displasia es el virus; pero el paso de la displasia al carcinoma, puede quedar muchos años bloqueado o no producirse nunca, por factores inmunológicos hoy mal conocidos.

El carcinoma "in situ" de cérvix se ve frecuentemente en mujeres de 20 a 30 años, cuando las infecciones de transmisión sexual son también más frecuentes. Mientras el carcinoma de cuello invasivo alcanza su máximo de aparición a los 45-65 años. De suerte que el diagnóstico del NIC III puede fácilmente hacerse con un estudio citológico y colposcópico, acceso a toda nuestra población femenina.

En cualquier tipo de E.T.S., de presentación en ambos sexos, el hombre aporta menos síntomas y es mucho más aparatoso. La mujer los sufre como reservorio y paga caro sus consecuencias con infertilidad, menoscabo en la calidad de vida y deterioro de su respuesta sexual.

La forma de conformar la salud de las mujeres, también denota un criterio sexista. Así son aspectos relacionados con la problemática del género femenino, los cuadros histéricos, los cambios psicosomáticos diversos, la no utilización de fantasías sexuales y eróticas en la relación sexual, mitos y prejuicios en las vivencias de la sexualidad, ausencia de la masturbación durante el desarrollo psicosexual, disfunción en una o todas las fases de la respuesta sexual, maternalización de las relaciones, comportarse como catalizadora

de los posibles conflictos entre miembros de la familia, tolerancia a malos tratos, desvalorización de la sexualidad, entre otros.

La dispareunia, tercera causa en frecuencia de consulta ginecológica, tiene su fundamento causal de tipo orgánico, en procesos infecciosos, inflamatorios, endometriósicos o tumorales de la pelvis pero en su tipo psicológico, nos puede condicionar además a disfunciones sexuales de cualquier grado, hablese de vaginismo, anorgasmia o inhibición sexual general. En la patogénesis de estas disfunciones pueden figurar conflictos relativos al papel femenino, dependencia, temor a los hombres, temor a perder el control en la relación sexual, temor al rechazo y al abandono, a la soledad y la relación marital hostil. Apartándonos de las que deciden su vida en celibato, como sublimación y supresión de ansias sexuales sin trauma psicológico, a veces las secuelas de la disfunción sexual ejerce efectos extremadamente adversos, tanto sobre la salud ginecológica, como sobre la salud mental, calidad de su matrimonio y vida familiar.

Coincidimos con Ana María Daskal en que "el proceso de cambio que las mujeres vienen protagonizando, está motivando consecuencias profundas, no sólo en nuestras vidas, sino en la de los varones, en la de las parejas y en la de las familias".

Sin duda, este proceso puede mejorar la calidad de vida de todos, siempre y cuando el médico o equipo de salud interiorice que la variable género y su inclusión en nuestro trabajo cotidiano, representa una manera de ampliar, de abrir un espacio de comprensión de los procesos que suceden a las personas, y en consecuencia analizar también la problemática desde este punto de vista □

* Especialista de Primer Grado en Obstetricia y Ginecología. Universidad de La Habana. Miembro fundador del Grupo Nacional de Climaterio de la Sociedad Científica Cubana de Obstetricia y Ginecología.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALFONSO, A.; SÁNCHEZ, C.: *Hablando sobre la salud mental y sexual de la mujer desde un enfoque de género*. (Trabajo presentado en Jornada Científica). Ciudad de La Habana, CIMEQ, 1994.
2. _____: *Salud sexual en la mujer: su repercusión familiar desde un enfoque de género*. (Trabajo presentado en Jornada Científica). Ciudad de La Habana, CIMEQ.
3. DASKAL, A. MA.: *Incluyendo el concepto de género en la psicoterapia: un desafío necesario de encarar*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 11: 17-29, 1993.
4. GRANERO, M. C.: *Género y mujer. VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual*. I Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual: Memorias. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1994. pp: 273-278.
5. LAGARDE, M.: *Género e identidades: metodología de trabajo con mujeres*. UNICEF, 1996.
6. VALLE, T.; SANZ, C.: *Género y sexualidad*. Madrid, Fundación Universidad Empresa, 1991.