Presentado en:
EN: "VII Congreso Argentino de Antropología Social", 25 al 28 de mayo, Villa Giardino. Edición en CD-ROM. 2004

"TRAMAS DE SIGNIFICADO Y NEGOCIACIÓN DE PODER EN LA CONSULTA GINECOLÓGICA"[1]

Serrana Mesa y Mariana Viera[*].

INTRODUCCIÓN.

Este trabajo analiza **el modo en que se construye la sexualidad** en un espacio privilegiado: la consulta ginecológica.

Para tal análisis partimos de la perspectiva teórica del Interaccionismo Simbólico, en su vertiente goffmaniana, que concibe la interacción cara a cara en escenarios naturales como un lugar de estudio privilegiado, ya que es allí donde se negocian los significados sociales. Tales significados pueden ser reproducidos o puestos en cuestionamiento en la interacción, así como los lugares sociales, los roles y el poder de aquellos que interaccionan.

El escenario elegido fue la Clínica Ginecotológica A[2], que funciona en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell[3], y donde el equipo del Programa "Cuerpo, género y sexualidad" ha estado realizando una serie de investigaciones coordinadas con los equipos médicos.

A partir de las interacciones entre el/la médico/a y la usuaria en la consulta buscamos estudiar:

- las tramas de significado que circulan en la misma.
- cómo se negocia el poder durante la interacción, ya que de él dependerá la incidencia de cada uno de los interaccionantes en la construcción de los significados sociales.

[1] Esta investigación se enmarca en el Programa "Género, Cuerpo y Sexualidad: Prácticas y Representaciones", coordinado por la Lic. Susana Rostagnol (FHCE – UDELAR) y del que participan: Ivonne Dos Santos, Valeria Grabino, Natalia Montealegre, Lic. Victoria Espasandín, Lic. Sylvana Quartara.

[*] Integrantes del Programa "Género, Cuerpo y Sexualidad: Prácticas y Representaciones".

[2] Clínica a cargo del ginecólogo grado V Enrique Pons, Facultad de Medicina, UDELAR

ALGUNOS CONCEPTOS TEÓRICOS.

En los encuentros cada participante presenta una "cara", o valor positivo que la persona reclama para sí, y la expresa a través de una "línea", concepto que refiere a los actos verbales y no verbales a partir de los cuales la persona da cuenta de su visión de la situación, de los demás y de sí mismo (Goffman, 1970)

Si bien los estereotipos formulados a partir de interacciones anteriores son un punto de partida para encuentros futuros, también pueden ser redefinidos durante éstos.

Más allá de la posibilidad de negociación de esos lugares sociales, de los roles y del poder sobre las definiciones, existen determinantes con las que los individuos llegan a la situación de interacción; el valor social que éstos reclamen para sí no puede partir del desconocimiento de las mismas. *"(...) si bien su cara social puede ser su posesión más personal y el centro de su seguridad y su placer, sólo la ha recibido en préstamo de la sociedad; le será retirada si no se conduce de modo que resulte digno de ella"* (Goffman, 1970:17) Cada persona tiene ciertas características sociales que la llevan a aspirar a determinada valorización por parte de los demás, pero a su vez estas características sociales a las que el individuo apela deberán ser "reales".

En el caso de las consultas ginecológicas en la policlínica del HM/CHPR podríamos preguntar: ¿cuál es el estereotipo manejado por los/las médicos/as acerca de las mujeres?, ¿qué esperan encontrar cuando entra una consultante? Y las mujeres, ¿qué es lo que esperan del médico?

A la parte prefijada de la actuación del individuo, Goffman (1997) la denomina **"fachada";** esta fachada es abstracta y general. Parte de la fachada personal (diferente ésta del "medio", que conformaría la fachada escenográfica) son: la "**apariencia**" y los "**modales**". La apariencia hace al estado de la persona y está relacionada con los signos de status social que el individuo "lleva" a la interacción; en el caso que analizamos se trata de mujeres (usuarias) que se encuentran, frente a su interlocutor, el/la médico/a, en una situación de desinformación y/o padecimiento, en cuanto van a la consulta a buscar una respuesta a algún problema de salud o simplemente a informarse sobre cómo se encuentran.

[3] Hospital de referencia, principal hospital de niños, maternidad y hospital de la mujer. Perteneciendo su administración al Ministerio de Salud Pública, funcionan allí algunas cátedras de la Facultad de Medicina (ginecotocología, pediatría) de la UDELAR

Los modales dicen acerca del rol de interacción que el actuante desempeñará en una actuación concreta y que se espera coincidan con la apariencia.

La fachada como estructura estructurante.

En este trabajo relacionamos la idea de predeterminantes para la interacción, tal como lo plantea Goffman con el concepto de "**habitus**" de Bourdieu. El habitus es un conocimiento adquirido, un capital, que a su vez actúa como disposición para la acción (Bourdieu, 1998). Vincula así las condicionantes macroestructurales con la posibilidad de movilidad de parte del individuo, con la capacidad de "**agencia**" en términos de Bourdieu. Ver al sujeto como agente implica otorgarle una cierta libertad, la cual le permite negociar, moverse dentro de ciertos límites.

La mayor condicionante para la interacción, en este caso, es su inserción dentro del "campo de la salud" el cual la determina de manera específica. El "**campo**", otro concepto elaborado por Bourdieu, refiere a *"(...) una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes ya sean agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital)- cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo- (...)"* (Bourdieu, 1995: 64) En el campo de la salud, el saber médico occidental, que circula en instituciones como la Facultad de Medicina y se hace visible en la atención de centros hospitalarios como el Pereira Rossell, a través de sus agentes médicos, enfermeras, técnicos, etc., es el que detenta el poder hegemónico y es por tanto también el que tiene mayor poder simbólico. *"(...) o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que nao querem saber que lhe estao sujeitos ou mesmo que o exercem."* (Bourdieu; 1998: s.n.p.)

Presupuestos teóricos.

→ Coincidiendo con las afirmaciones precedentes, sostenemos la existencia de un poder simbólico que circula en la situación de consulta y que otorga al/la médico/a un lugar de privilegio durante la interacción. Tal lugar puede conducir al ejercicio de la violencia

simbólica por parte del mismo o no, ya que, como señalamos, el agente tiene un margen de libertad en torno a las condicionantes impuestas por su situación.

Dentro de las condicionantes estructurales, a este poder simbólico que el/la profesional detenta se le suman otros elementos que hacen que esta interacción se sitúe en un eje de asimetría, como ser el género de las consultantes y una situación socio-económica menos privilegiada que la del/la médico/a.

Referimos al género como una construcción cultural sobre una diferencia sexual *"Los sistemas de género están constituidos por relaciones de poder, prácticas, creencias, valores, estereotipos y normas sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual."* (Aguirre; 1998: 20) Pero la diferencia de género no se resume en la bipolaridad masculino / femenino; si bien la dominación masculina que subordina lo femenino a lo masculino es un hecho universal existen múltiples masculinidades y femineidades que redefinen ese diálogo de poder ínter genérico (Rosaldo, 1995). Lo que este trabajo pretende, junto a tantos otros en la misma línea, es brindar un aporte para que el/la médico/a, que ocupan un lugar masculino en cuanto lugar de poder, avancen en redefinir una posición igualitaria con respecto a la mujer.

→ A su vez, concebimos la sexualidad y el cuerpo como construcciones socio-histórico-culturales.

La consulta, como cualquier instancia de interacción, es una oportunidad para negociar significados sociales, para establecer determinados vínculos entre conceptos. La forma de concebir al cuerpo, los hábitos asociados al mismo, la enfermedad, el placer, las prácticas sexuales, son los objetos de discurso privilegiados en el consultorio, -a los que se unen otros como el dolor, el miedo-, y el sujeto privilegiado en la construcción de ese discurso es el médico, poseedor de un saber reconocido socialmente. Queda a su criterio la forma de utilizar este saber y el poder que tal saber le otorga.

En el caso de la consulta ginecológica el cuerpo sobre el que se habla siempre es un cuerpo femenino; los que varían según la cultura y el momento histórico son los atributos vinculados al mismo. Cada cuerpo sobrevive en una cultura para la cual ha sido construido y a su vez cada ordenamiento social funciona con cuerpos que están acordes al mismo

(Nievas, 1998); existe así un cuerpo capitalista y uno precapitalista, un cuerpo construido a partir de la medicina occidental y otro para aquellas medicinas no occidentales.

El sexo tal como lo conocemos hoy –dos sexos inconmensurables- es una concepción del siglo XVIII, y su utilización como fundamento para la relación entre los géneros una cuestión política. *"En el proceso de simbolización de las diferencias sexuales se construye un conjunto de prácticas, ideas y discursos culturalmente diferenciados que definen lo masculino y lo femenino."* (Rostagnol; 2001: 79)

Las conceptualizaciones actuales sobre el cuerpo son una forma de reafirmar la relación de dominación que caracteriza las relaciones de género. *"(...) lejos de desempeñar el papel fundador que se le atribuye, las diferencias visibles entre los órganos sexuales masculino y femenino son una construcción social que tiene su génesis en los principios de la división de la razón androcéntrica, fundada a su vez en la división de los estatutos sociales atribuidos al hombre y a la mujer."* (Bourdieu; 2000a: 28)

Este cuerpo objeto del discurso médico pertenece, a su vez, a una persona, la cual puede identificarse o no con él, sentirse a gusto o hasta parecerle ajeno. También puede sentirlo como un obstáculo para su accionar, en tanto cuerpo enfermo.

En cuanto a la vinculación del cuerpo con el placer sexual, puede ser un objeto de placer o una herramienta para dar placer a otros; o incluso ambas ideas pueden pertenecer a universos conceptuales tan diferentes que no hallen vinculación posible.

El territorio médico.

El consultorio es el territorio que la medicina ha construido para sí, para su práctica (Nievas, 1998) Es su territorio, por tanto allí las reglas son, a priori, las del/la médico/a y su disciplina.

Para poder ingresar a las consultas nosotras también debimos negociar. Por un lado, el interés por la labor investigativa que estábamos realizando estaba dividido entre las "cúpulas médicas" -que pujan por el poder de dominio de la atención en las policlínicas-, y esto se vio reflejado en la mayor o menor obligación de colaboración de los/las médicos/as para con nosotras. Pero más allá de las directivas oficiales, al momento de entrar al consultorio la negociación estuvo en cada caso sometida a la disposición del/la médico/a. En algún caso fue imposible, incluso nos vimos sometidas al ejercicio de la violencia

simbólica dentro del espacio médico. A otra de las consultas pudimos acceder bajo el entendido de que, ante cualquier pregunta de una usuaria, nosotras éramos estudiantes de medicina.

Finalmente entramos a dos consultorios y grabamos en total trece consultas realizadas por dos médicos diferentes. Ambos de sexo masculino, uno de ellos joven y el otro cercano a los sesenta años.

Las mujeres consultantes eran también de diferentes edades, y asistían por varios motivos.

Existen otros dos elementos a señalar: en primer lugar, ninguna de las usuarias preguntó el motivo de nuestra presencia durante la consulta. Las mujeres que se asisten en el CHPR están en parte acostumbradas a la presencia de estudiantes. Pero más allá de esto cabría preguntarse si las mujeres se plantean como un derecho el estar a solas con el médico durante la consulta o el hacerle cuestionamientos de ese orden. Esta preocupación sí fue manifestada por una enfermera con la que dialogamos en el exterior del consultorio y que nos dijo que consideraba una falta de respeto hacia la paciente que entráramos a la consulta con el médico, principalmente si no usábamos túnica: *"Yo lucho siempre por el respeto a la paciente. (...) ¿O por qué sean pobres y no se pueden pagar una mutualista tienen que aguantar cualquier cosa? ¿Acaso a ustedes les gustaría entrar al ginecólogo y que hubiera una persona parada ahí, mirándolas?"* A pesar de estar de acuerdo con lo manifestado por la enfermera, el interés en el estudio de la relación ginecóloga/a- paciente hizo que continuáramos estando presentes en las consultas, aunque en todos los casos utilizamos túnica.

Otro aspecto que hace a la metodología de esta investigación es la forma en que fueron grabadas las consultas: no se solicitó autorización a las mujeres. Ellas hablaron en nuestra presencia, sin cuestionarla en ningún momento, aunque sin saber tampoco la finalidad con que iba a utilizarse la información que estábamos registrando. Si bien nos cuestionamos largamente esta forma de proceder, e incluso en los primeros momentos buscamos la autorización de las mujeres, este camino nos hacía muy difícil, prácticamente imposible la posibilidad de conseguir información, e incluso llevaba a reticencias de parte de los médicos. Por otra parte respetamos el anonimato de las usuarias y las grabaciones no son reproducidas en su totalidad en ningún caso.

PUERTAS ADENTRO.

Análisis de las consultas.

Partimos de los siguientes ítems:

A – Temas de conversación: ¿quién los propone?, ¿quién marca el ritmo de la conversación?

B – Temas sugeridos, obviados y supuestos. Seguimos aquí el análisis propuesto por Parras y Rance (1997)

C - La construcción del "otro" y del "sí mismo" en la interacción. La "cara" y los rituales para su salvación. Tomamos para analizar este item los planteos teóricos de Goffman a los cuales ya hicimos referencia.

A – <u>¿Quién propone los temas de conversación? ¿Quién marca el ritmo de la misma?</u>

El ritmo de conversación es impuesto por el médico, prevaleciendo la modalidad interrogativa por parte del mismo, -lo cual coincide con lo que Parras y Rance (1997) concluyen en su estudio-, y la narrativa en la paciente. Pero no se trata en este caso de una narración libre, sino limitada a las preguntas del médico, que incluso interrumpe, reiteradamente, el discurso de la usuaria.

El estilo narrativo por parte del médico se limita a las órdenes de examen o a dar alguna explicación sobre el padecimiento.

El tratamiento dado a los exámenes es ilustrativo de las relaciones de poder que se establecen en la consulta. Las usuarias acatan en tales situaciones el mandato del médico (en la mayoría de los casos) aún sin encontrar sentido a tales pruebas médicas.

- *"Bueno, vamos a hacer un Papa Nicolau de la cúpula vaginal. Sí, es necesario, la mamografía y una ecografía estructural.*
- *¿Una ecografía?*
- *Estructural".*

Se deja entrever, por parte de la usuaria, el deseo de saber el por qué de una ecografía; sin embargo el médico parece no darse cuenta de esto y la paciente termina aceptando la situación, conformándose con la orden del médico: el sentido estaría fundado en el saber que éste detenta

La falta de apropiación de su cuerpo por parte de la mujer se visualiza también en el borramiento que de ella, como individuo, se hace en muchas de las consultas. La comunicación suele darse entre los médicos.

- *"¿Te operaron?*
- *Me operó Briozzo.*
- *¿De qué te operó?*
- *De un embarazo ectópico.*
- *Decime cuándo te operó.*
- *Tengo acá si querés (y le da unos exámenes)*
- *Ah bueno.*
- *Los traje por las dudas".*

Las mujeres tienen una constante preocupación por dar al médico toda la información que poseen, y en este sentido optan por entregar lo escrito por los médicos anteriores en lugar de contar su vivencia; los médicos, satisfechos por esta información ignoran la que les puede aportar la experiencia de la paciente.

La imagen de la mujer participando del intercambio lingüístico como mero objeto al que refieren los sujetos, se relaciona con lo que señala Rubin (1975) en cuanto al lugar de la mujer en el intercambio matrimonial. Allí la mujer tiene un papel central, pero no como sujeto que establece la alianza, sino como objeto a través del cual ésta se hace posible.

Los médicos, acostumbrados a la especificidad que requiere su profesión, no toleran las "ambigüedades" que caracterizan a la información brindada por las pacientes, -ambigüedad que no es necesariamente producto de falta de conocimientos, sino que puede deberse a la relación que la paciente establece con la misma y que es diferente de la requerida por el médico-. Así el médico termina muchas veces construyendo el discurso de la usuaria:

- *"¿Hace cuánto que está con las alteraciones en el ciclo?*
- *No sé.*
- *Más o menos, ¿un año, dos años, tres años?*
- *Mirá, se me había o sea se me había...*
- *¿A ver, cuándo empezó a ser irregular? ¿Siempre fue regular?*
- *Siempre.*
- *¿Cuándo empezó a dejar de ser regular?*
- *Uuuuu, desde que yo empecé a dar...*
- *¿Hace tres años?*
- *Sí, más o menos. Después con las anticonceptivas se me empezó a regularizar...*
- *¿Y le seguía viniendo cada 30 días o cada diez días?*
- *No menos.*

- *Cada vez menos.*
- *Sí.*

  (...)
- *¿Cuántos años tomó pastillas?*
- *Ah..., yo había estado embarazada del chico...*
- *¿10 años habrá tomado?*
- *No, más.*
- *¿20 años habrá tomado?*
- *Sí".*

"En toda interacción, un tema básico subyacente es el deseo de cada participante de guiar y controlar las respuestas dadas por los otros presentes." (Burns en Goffman, 1997:15) Esta construcción del discurso del otro es parte del interés del médico de permanecer con el control del intercambio lingüístico.

Incluso cuando las usuarias quieren obtener algo del médico –información, medicamentos, órdenes para estudios-, parecen no tener otro recurso que apelar a los términos médicos. Como señala Bourdieu: "*Entre más oficial o tenso sea el mercado, esto es, más próximo a las normas del lenguaje dominante (...) mayor será la censura y mayor la dominación del mercado por los dominantes, poseedores de la competencia lingüística legítima"* (1995:105*)*

- *"¿Tenés puesto un dispositivo intra uterino?*
- *... tengo un aparato.*
- *¿Tenés un aparato puesto?*
- *Sí, para no quedar.*
- *Para no quedar.*
- *Según me dijeron que no, ese no se movió para nada.*
- *Que no se movió, muy bien. ¿No sabías que se llamaba DIU?*
- *(piensa) le dicen aparato. Sé que se llama DIU, sí, ahora no sé si es la T, no sé cuál es".*

- *"¿Y no me puede hacer un estudio hormonal a ver cómo estoy de hormonas?*
- *Te va a dar normal.*
- *Pero no sé si tengo...*
- *Te va a dar normal. Porque, qué ocurre: las hormonas son distintas para cada mujer, una mujer necesita 40.. este... microgramos de hormona "gerumina", y puede haber otra que con esa cantidad esté con sus focos, y otra que con 10 se encuentre perfectamente bien".*

El problema son las consecuencias que le trae a la mujer apelar al discurso médico, utilizar terminología médica, ya que habilita a que el médico se explaye en su propia

competencia lingüística dejando a la mujer sin la posibilidad de comprender la totalidad de su discurso, reproduciendo así las estructuras en las que está basada su subordinación.

Centrándonos en el médico, la ampliación de su discurso puede ser interpretada de dos modos: como consecuencia de haber encontrado una interlocutora con la que puede establecer este tipo de vinculación lingüística, o como un modo de mantener el poder que le brinda tener una competencia exclusiva sobre un espacio lingüístico. "*La competencia* [lingüística] *funciona diferencialmente y hay monopolios, tanto en el mercado de los bienes lingüísticos como en el de los bienes económicos*" (Bourdieu 1995:105) Dicho espacio lingüístico se sitúa, dentro del campo de la salud, ocupando el espacio de hegemonía del poder médico.

Las preguntas de las mujeres al médico se refieren en general a cuestiones de índole práctica: dónde hacerse determinado análisis, cómo llegar, si se tiene que pedir hora, si es necesario hacérselo allí o puede ser en una policlínica... Las cuestiones prácticas se presentan a las mujeres como un obstáculo real, mientras que para el médico éste es un aspecto menor, no considerado.

Otro tema que atañe a la comunicación dentro del consultorio es el trato de minoridad del médico a la usuaria, (también presente en la relación con las enfermeras)

- *"Aparte vengo y me hago el control de mamas también.*
- *Está bien. ¿Cuándo <u>tenemos</u> hecha mamografía?*

- *"¿Comés hígado?*
- *Siiiiiiii (dudando)... más o menos.*
- *¿No te gusta mucho? Pero el hígado es más rico que los medicamentos"*

- *"Quiero que me anote las fechas....*
- *Ah.*
- *Exactas, en que tiene la menstruación. Quiero que haga un calendario.*
- *Ah, bueno.*
- *¿Ha hecho un calendario?*
- *¡Sí, lo hago!*
- *Pero quiero que anote en ese calendario cómo es la menstruación. Si es, ehhh, poquita cantidad, pone una rayita, si es una menstruación normal pone una cruz, y si es mucho tacha todo el día".*

Luego de este tratamiento no es de extrañar que la usuaria no se atreva a expresar ciertos cuestionamientos:

- *"Una preguntiiiiiiiiiiita... ¿puede ser que con anemia...*
- *Sí, sí, andás decaída (...)"*

B – <u>Temas sugeridos, obviados y supuestos</u>

Existe una suposición de base que es la heterosexualidad de todas las pacientes. Como plantea Braidotti (2000: 223), refiriéndose a Adrienne Rich: "*Esta autora establece una conexión mucho más firme entre la condición de las mujeres y las estructuras de la familia, la maternidad como institución y la aplicación normativa de un modelo de conducta sexual: la heterosexualidad reproductora*." También se presupone la maternidad y tanto las mujeres como el médico le dan a ésta un lugar primordial.

Además de heterosexuales las mujeres se presentan en la concepción del médico como sexualmente activas y en la forma "tradicional", que presupone el coito vaginal únicamente. Así, ciertas prácticas sexuales, que pueden estar vinculadas con la dolencia de la paciente, son descartadas por parte del médico. En un caso, por ejemplo, si la paciente no se hubiera animado a comentarle al médico que mantenía sexo anal, a él le habría pasado desapercibido el contagio bacterial del ano a la vagina, en el caso de que le recetara un tratamiento localizado. Más allá de la anécdota, las consecuencias de esta desatención podrían haber sido perjudiciales para la salud de la paciente. En este caso la paciente le brindó esa información al médico, pero, como ya vimos, la posibilidad de la usuaria de imponer un tema es bastante limitada.

También existe, por parte del médico, la suposición de que el conocimiento de los beneficios de ciertas conductas lleva a la aplicación de las mismas.

La paciente citada anteriormente, a quien evidentemente no le gustaba el hígado y no lo iba a incluir en su dieta:

- *"¿Comés hígado?*
- *Síiiiii, más o menos.*
- *¿No te gusta mucho? Pero el hígado es más rico que los medicamentos.*
- *Síiii (no muy convencida) Prefiero arvejas, membrillo.*
- *Sí todo eso tiene el yodo, el hierro en este caso absorbe muy poco. Vos te podés comer una torta de espinaca, que tiene hierro, pero con un pedazo de hígado es lo mismo. El hierro vegetal se absorbe muy poco, en cambio el hierro animal se absorbe mucho mejor. En especial hay absorción de hierro en el hígado, en el ser humano y en cualquier animal, por eso el hígado tiene más hierro que la carne de vaca. (silencio)"*

El médico se enfoca en un cuerpo desvinculado de una persona que, además de tener ciertas conductas interesadas en su salud, posee también gustos. Como destaca Le Breton (1995), la medicina occidental se interesa por el cuerpo y por la enfermedad, pero deja de lado al enfermo. Siendo que es éste finalmente quien toma las decisiones este descuido es vital a la hora de pensar en los resultados reales que pueden propiciar las medidas de prevención.

La importancia del "caso clínico" o la dolencia, por sobre la persona, se hace patente en el caso de una usuaria que, por los síntomas que presenta, parece estar embarazada. A pesar de que la mujer dice no haber buscado el embarazo y muestra signos evidentes de no desearlo, la posibilidad de realizarse un aborto es un tema negado, así como las razones por las cuales puede haber quedado embarazada, no dando lugar tampoco a una prevención de futuro:

- *"Hace dos meses que no me viene la menstruación, y estoy con vómitos, mareos.*
- *Segura.*
- *Sí.*
- *¿Estabas buscando quedar embarazada?*
- *Noooooo.*
- *¿Tenés uno?*
- *Tengo dos, dos.*
- *Bueno, ahora viene el tercero."*

Pero además el médico, centrado una vez más en el problema, le especifica con relación al resultado del examen de embarazo:

- *"Este sí, no hay problema, esperás un ratito y te dan el resultado. Si llega a ser positivo sacás hora en policlínica de obstetricia, te controlás el embarazo, te van a dar un carnet, y ya de paso vas sacando la ecografía."*

Si se trata de un embarazo ya la paciente no le corresponde; del sujeto de atención, que sería una mujer embarazada, se da paso a un objeto de atención: el embarazo; el sujeto se borra quedando presente solamente su "problemática". Frente a esto, el profesional de la salud, no solo no se ocupa de los sentimientos o los deseos de la persona, sino que, siendo que podría tratarse de una mujer que deseara abortar, tampoco aplica el protocolo que se implementó en el año 2003[4]; el médico no realiza profilaxis, ni brinda opciones.

[4] El protocolo de atención pre y post aborto se basa en las "Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo"; Leonel Briozzo (coord.), Montevideo, 2002.

Otro de los temas que aparecen como negados es el de las infecciones de transmisión sexual. En ninguna de las consultas a las que asistimos el médico mencionó la importancia de la prevención y el uso de preservativos para evitar el contagio de enfermedades como el VIH/SIDA, entre otras de transmisión sexual. Pero además el preservativo tampoco se menciona como método para evitar un embarazo no deseado, lo cual puede ser consecuencia de la separación entre este método anticonceptivo y la mujer, en cuanto no es algo que se aplique a su cuerpo. La anticoncepción femenina parece resumirse "naturalmente" en el uso de pastillas anticonceptivas y del DIU.

Vinculado a esto aparece también el supuesto de la fidelidad en la pareja constituida, pero una fidelidad que no corresponde por igual para ambos miembros de la pareja, lo cual muestra nuevamente la presencia de estereotipos: la que sería fiel –entendida la fidelidad como el relacionamiento sexual exclusivo con la pareja constituida- siempre es la mujer.

- *Aparte noooo, ehhhh, también en la cola porqueeeee, o sea...*
- *Tu también tenés, porque has tenido sexo anal también.*
- *(Ella hace que sí con la cabeza)*
- *Entonces es probable que te hayas contagiado alguna enfermedad de tu pareja, ¿verdad?*

C – <u>La construcción del "otro" y del "sí mismo".</u>

"La expresividad del individuo (y por lo tanto su capacidad para producir impresiones) parece involucrar dos tipos radicalmente distintos de actividad significante: la expresión que da y la expresión que emana de él." (Goffman; 1997: 14)

Siguiendo esta afirmación de Goffman, se pueden utilizar aquellos aspectos que se consideran ingobernables de la conducta expresiva de los otros para controlar la validez de lo transmitido por los aspectos gobernables. Esto pasó con una mujer que decía saber cómo se hacía el auto examen de mamas y el doctor le pidió que se lo demostrara; ahí quedó en evidencia que la mujer, no sólo no sabía hacerse el examen, sino que tenía miedo de efectuárselo porque eso podría llevarla a encontrar algún problema.

- *"¿Usted se explora habitualmente?*
- *No.*
- *¿Y por qué no?*
- *Me da miedo.*
- *¿Le da miedo qué, tener cáncer?*

- *Me da miedo tocarme y encontrarme algo.*
- *Y si viene aquí para ver si se lo encontramos nosotros.*
- *Bueno, pero es distinto.*
- *Quien se conoce mejor el pecho es la propia paciente. ¿Sabe cómo hacerlo?*
- *Tengo ocho cientos mil folletos en mi casa.*
- *¿Pero los ha leído o no?*
- *Los he mirado.*
- *¿Y a ver, cómo se hace? ¿Cómo hace usted para mirarse, para explorarse usted misma?*
- *Yo... bajo la ducha... parada, me miro...*
- *No, perdón, nadie dice que haya que hacerlo así. Lo que tiene que hacer adelante del espejo es mover los brazos para ver si el pecho tiene alguna alteración, si cambia, se puede encontrar que tiene uno más bajo que el otro, pero es normal.*
- *Sí.*
- *O uno más grande que el otro, es normal.*
- *Sí.*
- *Lo que no es normal es que eso cambie. Este... de una semana para la otra de repente haya habido alguna modificación. Usted se los conoce los pechos, igual que la cara. Si a usted le aparece algo diferente en la cara, de lo que tiene normalmente, la primera que lo va a reconocer es usted. Esto es lo mismo, esto es lo que va a hacer parada, todo lo demás se hace acostada. Con el brazo arriba, con la mano cruzada (le indica) brazo ahí, y esta es la mano que palpa. Los dedos estirados, palpa toda esta zona y después todo alrededor, haciendo el movimiento, ¿ve? Ya está, se acabó, y después de este lado, ¿verdad?*
- *¿Eso?*
- *Nada más que eso. Quien mejor se conoce la mama es usted. Si aparece algún cambio usted lo va a reconocer y yo no.*
- *Y en el pezón, ¿qué?*
- *En el pezón nada. La misma exploración que hace alrededor la hace también en el pezón. Se puede vestir." (silencio mientras se viste)*

Siguiendo la propuesta goffmaniana, podemos decir aquí que la usuaria ha perdido la "cara" o valor social positivo que reclama para sí (Goffman, 1970)

Usualmente los interaccionantes cooperan tácitamente entre sí para la manutención de la misma, ¿qué es lo que permite entonces que el médico, en este caso destruya la cara de la usuaria? Evidentemente esta clase de acción por parte del médico se sustenta en un ejercicio del poder que en ese espacio se postula como legítimo. Siguiendo a Bourdieu (2000b: 138): *"(...) el capital simbólico puede ser oficialmente sancionado y garantizado, e instituido jurídicamente por el efecto de la nominación oficial. (...) Un título, como el título escolar es capital simbólico universalmente reconocido, válido en todos los mercados."*

- *"Bueno, dígame el motivo de la consulta.*
- *Un control. Me dijeron que tenía que venir una vez por año y ahora ya hace bastante tiempo que no venía.*
- *Bastantes años!*
- *(se ríe) No, más de un año. No siento nada perooooo, me trataron tan bien.*
- *Ta bien. Marzo del 2001. Casi tres años.*
- *Eh, sí... (se ríe)"*

En medio de una revisación, estando la mujer tendida en la camilla en una posición de suma vulnerabilidad (la horizontalidad se somete aquí a la verticalidad del médico) y muy dolorida, el médico le realiza el siguiente comentario:

- *"¿Cuántas caries, no?*
- *Sí, justo iba a ir al dentista, y todavía me vengo ahora...*
- *Pero esas caries las tenés de hace mucho tiempo.*
- *Sí".*

Si bien la "cara" se va modificando en el devenir de la interacción, muchas veces los médicos se quedan encerrados en los estereotipos sin poder propiciar un intercambio real. *"Si no están familiarizados con el individuo, los observadores pueden recoger indicios de su conducta y aspecto que les permitirán aplicar su experiencia previa con individuos aproximadamente similares al que tienen delante o, lo que es más importante, aplicarle estereotipos que aún no han sido probados. También pueden dar por sentado, según experiencias anteriores, que es probable encontrar solo individuos de una clase determinada en un marco social dado."* (Goffman; 1997: 13) A esto se suma, en el caso de los/as médicos/as, la "necesidad" de mantener la **mistificación** e **idealización** que atañen a su rol, a su actuación. (Goffman; 1997) Es así que generalmente, los/as médicos/as incurren en contradicciones al intentar por un lado colocarse en el lugar de la usuaria y por el otro mantenerse en su rol tradicional, el cual es considerado "sagrado".

TEMAS EMERGENTES.

La reproducción del vínculo.

Tanto los médicos como las usuarias toman en ocasiones caminos tendentes a romper con ciertas formas de vinculación preestablecidas, pero esta ruptura no siempre es posible.

Ciertos hábitos ya aprendidos son reiterados por las mujeres una y otra vez, -aunque el médico las incentive a no hacerlo-, reproduciendo así el "habitus" (Bourdieu, 1998) de interacción en la consulta, a partir del cual es el médico quien detenta el poder, y por tanto reproduciendo también su lugar pasividad frente a su propio cuerpo:

- "*Y estamos pendientes del resultado del PAP. Si cuando se lo den usted lo entiende y ve que está todo bien...*
- *No, no, yo voy a venir a verlo.*
- *Bueno, tráigamelo".*

Más allá de que muchas mujeres no leen los resultados de los exámenes bajo el presupuesto de que no los van a comprender, existe también un aprendizaje que prescribe que es el/la médico/médica quien debe mirarlos y no la paciente.

El médico también intenta romper con sus propios presupuestos, y con el lugar que "le impone" el ejercicio médico según pudimos observar en algunas instancias. Sin embargo la fuerza del habitus (Bourdieu, 1998) termina siendo, en muchos de estos casos, determinante imposibilitándole el escapar a su formación y a la concepción hegemónica de la mujer (especialmente la mujer de bajos recursos), a pesar de buscarlo.

- *"¿Con el primer matrimonio tuviste dos?*
- *Perdí una.*
- *¿Qué pasó?*
- *No sé, nació a los siete meses.*
- *¿Y nació muerta?*
- *No.*
- *¿Nació viva? ¿Y cuánto tiempo vivió?*
- *Ocho días.*
- *Ocho días.*
- *¿Y te dijeron por qué había sido esa tan corta vida?*
- *No. Me dijeron que había unos problemas en los pulmones.*
- *¿Tenía el peso adecuado para su edad?... era chiquita. ¿Te acordás cuánto pesó?*
- *Creo que no alcanzó a dos kilos.*
- *No alcanzó a dos kilos. ¿No preguntaste por qué había sido eso?*
- *Me dijeron que...*
- *¿Pero no le preguntaste al médico "¿doctor, por qué me pasó esto?"?*
- *No.*
- *¿Por qué? ¿Porque estabas muy angustiada o es que no le dabas importancia?*
- *No, estaba bien, digo...*
- *Pero no le preguntaste al doctor qué pasó.*

Existe una línea muy delgada entre lo que denominamos, siguiendo a Goffman, la pérdida de la cara, que tiene un valor negativo para la persona que la pierde y que sucede en muchos casos para la usuaria a partir de ciertas preguntas del médico, y el intento de éste, también utilizando la interrogación, de lograr que las mujeres mejoren su situación, se empoderen[5] de sus cuerpos y de su sexualidad. El hablar de cosas que a la mujer le causan vergüenza puede en ciertos casos conducir a un resultado positivo. Es fundamental para el análisis distinguir unas situaciones de otras.

- *¿Está casada usted?*
- *Sí.*
- *¿Es el padre de sus tres hijos?*
- *No, de la última.*
- *¿Usted tuvo una nena? ¿Los otros dos?*
- *Del otro matrimonio.*
- *De otro matrimonio. Muy bien... Esteeee, vamos a mirar qué pasa con ese DIU.*

En este caso hay una "intromisión" en la intimidad de la usuaria que no parece justificada, distinto a la siguiente situación:

- *¿Son normales sus relaciones sexuales?*
- *Sí.*
- *¿No le producen dolor, molestia?*
- *Ardor.*
- *Ardor. ¿Siempre le producen ardor?*
- *Sí.*
- *¿Nunca consultó por esa molestia?*
- *No.*
- *¿Y se lo ha comentado a su esposo?*
- *(dice que no con la cabeza)*
- *Tampoco se lo comentó. ¿Y sufre mucho usted con las relaciones sexuales?*
- *No, mucho nooooo, pero me queda ardor.*
- *Le queda ardor. ¿Pero disfruta con las relaciones o no?*
- *Mmmmm, no.*
- *Esteeee, a pesar de la edad de 56 años tiene una... acuéstese señora ahora, tiene una buena lubricación a nivel de la vagina, así que no debería tener molestias, a menos que... bien arriba... no debería tener molestias. ¿Usted cuando tiene relaciones, tiene ganas?*
- *Más o menos.*
- *¿Las tiene por su esposo o por usted?*

[5] Tomamos aquí la definición de empoderamiento de Braidotti: "(...) la constitución de identidades /y/ la adquisición de subjetividad entendidas como formas de autorización o autoridad para ejercer ciertas prácticas" (Braidotti, 2000:115)

- *Por él.*
- *Por él. Mh.*

A pesar de que los cuestionamientos del médico se podrían ver como una intromisión en la intimidad de la paciente, llevando a una pérdida de la cara, en este caso podrían justificarse en cuanto intentan mostrarle a la mujer la importancia de su propio deseo al mantener relaciones sexuales.

La (in)comunicación.

La incomunicación entre la usuaria y el médico es frecuente y se da en varios niveles:

- A nivel de la lengua, en cuanto a términos o expresiones utilizados.

  –*¿Son normales sus relaciones sexuales?*
  - *Sí.*

  ¿A qué se refiere con normales? ¿Que no hay dolor? ¿Que son asiduas? ¿Qué son heterosexuales? ¿Qué no incluyen "perversiones"? El médico hace una pregunta y da por supuesto un entendimiento y por tanto la respuesta, bajo esos supuestos, estaría realmente dando contestación a su pregunta. ¿Pero es esa concordancia lo habitual? Este es uno de los supuesto que el médico maneja.

- A nivel de los intereses. Muchas veces lo que las mujeres quieren es una solución concreta a su dolencia y sin embargo el/la médico/a insiste en aspectos como la prevención. No decimos aquí que ésto no sea importante, por supuesto que lo es, simplemente que si la mujer no encuentra una respuesta a lo que ella desea la pertinencia de asistir a una consulta médica puede ponerse en duda en una futura ocasión. El ser humano tiende a repetir ciertas conductas favorables, y muchas veces seguir el consejo de una amiga puede considerarse más favorable que asistir al médico.

CONCLUSIONES.

El poder, uno de los ejes de nuestro análisis, puede ser negociado en las situaciones de interacción. Si bien en la instancia de consulta es el médico quien a priori lo detenta, ya que la **"apariencia"** (Goffman, 1997) determina que esto sea así, también puede

transferirse a la mujer, dependiendo esto de la actitud de ambos, de los **"modales"**. Podemos visualizar, entonces, tres formas de comunicación entre la paciente y el médico, que a su vez determinan lugares diferentes para el poder y que tienen relación, ya no con los roles predeterminados para cada interaccionante, sino en cómo éstos se redefinen durante el encuentro.

- Puede darse una pasividad de la mujer durante la consulta. Este tipo de modal, acorde con la apariencia antes mencionada, supone la comunicación, que es la que vincula al médico con la usuaria, de forma unidireccional, la mujer recepciona la información de un modo pasivo. Aquí podemos introducir el concepto goffmaniano de **sense of one`s place** (Goffman citado por Bourdieu; 2000b) que implica que en la interacción las personas más "humildes" se mantengan en su lugar modestamente, mientras que las personas con mayor "capital" guarden las distancias, mantengan su rango, no se familiaricen. Alcanza con que la información haya llegado a los oídos del receptor para considerar que ha sido logrado el objetivo, sin un interés por saber cómo fue incorporada y cuáles fueron sus efectos. El médico, por tanto, se sigue rigiendo por su rol primario, desempeñando su papel en la realización dramática (Goffman; 1997) que aparece también como más seguro en cuanto es el rol acostumbrado. El poder se ubica en el médico.
- Puede existir una modalidad pasiva de parte de la mujer pero que el médico intenta cambiar haciéndola reflexionar sobre sus actitudes. El médico intenta así una bilateralidad en la comunicación y que la mujer también tome parte en la posesión del poder.

- *"¿Seguís tomando todavía esas pastillas?*
- *Ehhhh, no, no.*
- *¿No las tomás?*
- *No, nada.*
- *¿Qué hacés para no quedar embarazada?*
- *(no contesta)*
- *¿Eyacula afuera o usa preservativo?*
- *No.*
- *¿Sabés que ese método es muy peligroso, no?*
- *(no contesta)*
- *¿Sabés? ¿Si quedás embarazada qué pasa?*
- *Me las tomo. (lloriquea)*
- *Te las tomás. ¿Y alguna vez eyacula adentro también?*
- *No.*

- *¿Y por qué no...?*
- *La otra vez antes de quedar embarazada se cuidaba así.*
- *¿Y el embarazo que tuviste con el marido anterior, querías quedar embarazada?*
- *Sí".*

Como vimos más arriba, salir de la reproducción del vínculo usuaria-médico se presenta como muy difícil.

- Sin contradecir la apariencia con que la paciente llega a la consulta, puede existir una modalidad menos pasiva de parte de ésta. Se daría en ese caso una retroalimentación desde el receptor (la usuaria) al emisor (el médico) La comunicación se torna bidireccional y el receptor se convierte así en un ser activo, capaz de dirigir él también la comunicación. El médico sigue poseyendo su cuota de poder, relacionado con su saber experto, y la mujer un poder sobre su propio cuerpo y decisiones. Se establece la negociación.

A nuestro entender la tercera de estas modalidades es la más productiva en cuanto permite un diálogo real entre ambas partes, pero **¿es la más frecuente en la situación de consulta? ¿Quién define por qué tipo de comunicación se opta, el médico, la mujer o depende de ambos?**

Por lo que pudimos observar, en la mayoría de los casos la comunicación se sitúa en la primera de estas modalidades. Hubo solo un caso en que la mujer consultaba específicamente para obtener una medicación para controlar una hemorragia, medicación que el médico no quería darle sin que antes se hiciera algunos estudios, y finalmente llegaron a un acuerdo.

- *"Le voy a actualizar la ecografía y le voy a pedir un test de embarazo por las dudas. Sí le da negativo viene y en cuatro días está tomando la hormona para cortarle la menstruación. ¿Ta?*
- *No es embarazo- enojada.*
- *Bueno, pero yo para darle algo que lo tome y que le corte... pero yo igual, antes de mandarle una hormona que le corta la menstruación yo tengo que asegurarme que la pérdida de sangre no sea por un embarazo.*
- *¡No, no es un embarazo!*
- *Ya sé, pero se lo tengo que hacer igual, lo tengo que hacer obligatorio.*
  (...)
- *Ahora, escuchame una cosa, para cortarme la hemorragia...*
- *Sí... el tema.*

- *Porque sino, no me van a dar fecha tampoco (se refiere a un estudio) y después tengo que venir de vuelta a que me den fecha.*
- *Bueno, pero tómelo solo este mes, si vuelve a aparecer el sangrado, hasta no tener la colposcopía, no.".*

La mujer, entonces, no se apropia del poder, ni de la información que circula en la consulta, ni de su cuerpo, cuyo sentido pasa a estar dado por los demás. Como señala Susana Rostagnol "*(...) la cultura femenina es dos culturas, la creada por ellas mismas y la creada sobre ellas. Tanto la cultura femenina como la masculina se crean y reproducen en el complejo interjuego de las relaciones sociales. Asimismo, cabe señalar que son los sectores dominantes quienes marcan más fuertemente las características de una y otra" (1993:216)*

Podemos visualizar un universo conceptual, fundamentalmente definido por el/la médico/a, en el cual mujer-reproducción-maternidad están estrechamente vinculados, la sexualidad como concepto implícito se resume en la procreación dejando poco espacio al deseo, el placer y el gusto, y el cuerpo femenino termina siendo un cuerpo para el otro Este otro puede ser el marido o los hijos. Muchas mujeres llegan a la consulta, no cuando empiezan a tener dolor, sino cuando el dolor es tan fuerte que nos les permite cumplir con su tarea de ama de casa y de cuidado de los hijos:

(Una mujer que tenía que ingresar para operarse)
- *Sí, sí, hay que ingresarte para hacer todos los estudios (...)*
- *No, yo quiero antes de tiempo, para curarme, para estar...*
- *Sí.*
- *Porque tengo nenes (enojada)*
- *Sí, por supuesto, además son chiquitos. ¿Tú tenés quién se quede con ellos?*
- *Sí, tengo, sí, pero yo soy la madre.*

También está presente, en esta idea de brindarse al otro, el deber de esposa, vinculado éste a la disposición para el coito. Tales "deberes" no son cuestionados por la mujer, que busca el sentido de sus actos en los demás: en los hijos, en el marido o, en lo que refiere a su salud, en el médico. Al referirse a la alimentación, por ejemplo, no se da lugar a las preferencias de la mujer, sino en cuánto beneficio le pueda reportar a la salud el consumo de unos u otros alimentos. Y si a ello le sumamos la ajenidad con la que la mujer vive su propio cuerpo, muchas veces no se le explica la importancia de determinados exámenes y al no haber compresión de los procedimientos tampoco existirá interés en la

realización de los mismos, a no ser por complacer al médico. Tan importante es para la mujer la aprobación de los demás que el médico, sabiendo esto, lo usa como recurso para convencer a una mujer de que debe adelgazar:

- *¿Y desde cuándo está así de gorda usted?*
- *Del último embarazo.*
- *¿Qué edad tiene?*
- *Tres años tiene mi hija.*
- *¿Solo hace tres años que está así? ¿Y él que le dice?*
- *(...)*
- *¿Y usted qué le dice?*
- *Que trato pero no puedo (se ríe)*

"*(...) la existencia de fuentes de placer generadas por el propio cuerpo no es un dato que habitualmente se incluya en construcción de la subjetividad, lo cual enrarece las vinculaciones de la mujer consigo misma y su cuerpo."* (Giberti; 1994: 5)

El desafío, entre otros, es que las mujeres logren incluir el placer en su subjetividad y puedan conocer y empoderarse[6] de su propio cuerpo; creemos que la consulta ginecológica puede ser un lugar privilegiado para llevarlo adelante si se plantean las condiciones.

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, Rosario
1998- Sociología y género. Las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha.
DOBLE CLIC.
Montevideo.

BOURDIEU, Pierre
1998- O poder simbólico.
BERTRAND BRASIL.
Río de Janeiro.

2000a- La dominación masculina.
Traducción: Joaquín Jordá.
Editorial ANAGRAMA.

[6] "(...) constitución de identidades /y/ la adquisición de subjetividad entendidas como formas de autorización o autoridad para ejercer ciertas prácticas" (Braidotti, 2000:115)

Barcelona.

2000b- Cosas dichas.
Traducción: Margarita Mizraji.
GEDISA Editorial.
Barcelona.

BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loic
1995- Respuestas. Por una antropología reflexiva.
GRIJALBO.
México D.F.

BRAIDOTTI, Rosi
2000- Sujetos nómades. Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea.
Traducción: Alcira Bixio.
PAIDÓS.
Lanús.

GIBERTI, Elena
1994- Cuando la sexualidad produce síntomas,
en: *XII Jornadas de Obstetricia y Ginecología*
Buenos Aires

GOFFMAN, Erving
1970- Ritual de la interacción.
Traducción: Floreal Mazia.
Editorial TIEMPO CONTEMPORÁNEO.
Buenos Aires.

1997- La presentación de la persona en la vida cotidiana.
Traducción: Hildegarde B. Torres Perrén y Flora Setaro.
AMORRORTU Editores.
Avellaneda.

LE BRETON, David
1995 – Antropología del cuerpo y la modernidad.
Traducción: Paula Mahler.
Ediciones NUEVA VISION.
Buenos Aires.

NIEVAS, Flabián
1998 – El control social de los cuerpos.
Editorial EUDEBA.
Buenos Aires.

PARRAS, Micaela; RANCE, Susana

1997 – Aborto e anticoncepção na interaçao da consulta médica: um estudo de caso.
EN: ALBERTINA DE OLIVEIRA COSTA (organizadora) "Direitos tardios. Saúde, sexualidade e reprodução na América Latina.
Fundación CARLOS CHAGAS.

ROSTAGNOL, Susana
2001- Cuerpo y género. El género en la construcción del cuerpo sexuado.
EN: ARAÚJO, Ana María; BEHARES, Luis; SAPRIZA, Graciela (compiladores), "Género y sexualidad en el Uruguay."
Ediciones TRILCE.
Montevideo.

1993 – Cultura masculina, cultura femenina: la importancia de las diferencias.
EN: FONSECA, Claudia (organizadora), "Fronteiras da cultura. Horizontes e territorios da Antropología na América Latina".
EDITORA DA UNIVERSIDADE.
Río Grande do Sul.

RUBIN, Gayle,
1975 – El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo.
EN: Marta Lamas (comp.) "El Género: la construcción cultural de una diferencia sexual".
PUEG/UNAM
México.