

Universidad Nacional, Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Sociología

**Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en
Sociología**

Título:

Mujeres, vivencias corporales y reivindicación desde la histerectomía

Tema:

“Las vivencias corporales de un grupo de mujeres costarricenses con histerectomía: la construcción social del cuerpo femenino”.

Sustentante:

María Fernanda Oses Navarro

Heredia, junio, 2023

Tribunal Examinador

JESSICA DE LOS ANGELES RAMIREZ ACHOY (FIRMA)
PERSONA FISICA, CPF-01-1096-0172.
Fecha declarada: 02/07/2023 07:25:48 PM
Lugar: San José, Costa Rica Contacto: jrami@una.cr

Dra. Jéssica Ramírez Achoy
Representante del Decano

LAURA CATALINA BRENES ARCE (FIRMA)
Firmado digitalmente por LAURA CATALINA BRENES ARCE (FIRMA)
Fecha: 2023.07.04 12:41:36 -06'00'

M.Sc. Laura Brenes Arce
Representante de la Escuela de Sociología

CLAUDIA MARIA PALMA CAMPOS (FIRMA)
PERSONA FISICA, CPF-01-0872-0240.
Fecha declarada: 05/07/2023 01:16:19 PM
Esta es una representación gráfica únicamente,
verifique la validez de la firma.

Dra. Claudia Palma Campos
Directora de Tesis

SILVIA JIMENEZ MATA (FIRMA)
Firmado digitalmente por SILVIA JIMENEZ MATA (FIRMA)
Fecha: 2023.07.04 17:49:07 -06'00'

M.Sc. Silvia Jiménez Mata
Lectora

JEANINA MARIA HIDALGO JIMENEZ (FIRMA)
Firmado digitalmente por JEANINA MARIA HIDALGO JIMENEZ (FIRMA)
Fecha: 2023.07.04 11:06:00 -06'00'

Lcda. Jeanina Hidalgo Jiménez
Lectora

Agradecimientos

Esta tesis es el resultado, no solo de estos últimos tres años de investigación, sino de un trabajo de formación universitaria que inició en 2012 cuando ingresé a la Universidad Nacional, por lo que no puedo dejar de agradecer a:

A mi madre y abuela, por insistirme tanto en la importancia del estudio, a mis hermanas, Mariela, Daniela y Adriana, porque sin importar lo lejos que podemos estar geográficamente, siempre han sido un apoyo incondicional.

A mi papá, por todas las conversaciones largas por teléfono.

A quienes se convirtieron en mis amigas mientras cursaba la u. A Anaé, por su cariño, su apañe y lucha inspiradora, a Ari, por su tremenda calma, su “power” y sus palabras sabias. Gracias queridas, por todo lo compartido.

A las mujeres que participaron en esta investigación, por su honestidad, su valentía, su tiempo, por mostrarme otra visión y enriquecer así la mía.

A quienes me ayudaron en cada etapa de este trabajo, a Claudia, Jeanina y Silvia, por aventurarse y atreverse a sacar adelante este documento.

A Laura y Ana Lucía, por ser grandes maestras.

A Sebas, por su amor, compañía y apoyo en cada uno de mis proyectos.

A la u, por las oportunidades, por todo lo aprendido, tanto académico como personal, por permitirme conocer otros lugares y a tantas personas maravillosas, y porque si no fuera por la “u pública” hoy no estaría donde estoy y no sería lo que soy hoy.

Listado de Acrónimos

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

FNUAP: Fondo de Población para las Naciones Unidas

INAMU: Instituto Nacional de las Mujeres

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

UNIFEM: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

Resumen

La presente investigación analiza los significados de las vivencias corporales de un grupo de mujeres costarricenses residentes del área metropolitana, que se sometieron a una histerectomía. En términos generales, se indaga de qué manera la construcción sociocultural de la corporalidad femenina influye sobre las vivencias experimentadas por estas mujeres en diferentes ámbitos de su vida.

A partir del trabajo de campo se identifican los desafíos a los que se enfrentan las mujeres antes, durante y después de la cirugía, así como también los aspectos más significativos vivenciados en relación al bienestar, la calidad de vida, las relaciones de pareja, la maternidad, la familia, el trabajo y los proyectos personales.

Como abordaje teórico-metodológico se utilizó la perspectiva de género, la cual permite distinguir de qué manera las diferencias en base al género producen desigualdades, situaciones discriminatorias y violentas que atentan contra la autonomía de las mujeres. Se trabajó un estudio de tipo cualitativo, enmarcado dentro de teoría feminista. Las participantes se seleccionaron mediante la técnica bola de nieve, se aplicaron entrevistas y un taller grupal para llevar a cabo la recolección de la información en cuanto a: aspectos sobre la construcción del género y la corporalidad, las principales vivencias de la histerectomía, y los significados de sus vivencias.

Entre los principales hallazgos se puede mencionar que la histerectomía significó, para la gran mayoría de las mujeres, una cirugía que resolvió muchos de sus dolencias físicas, así como también sentimientos de angustia y diversas preocupaciones, debido a las limitaciones diarias a las cuales se enfrentaban, por lo que en general esta cirugía se

presenta como una mejora importante en su calidad de vida.

Otro elemento que arroja la investigación es que en algunos de los casos, las mujeres tuvieron que enfrentar obstáculos y barreras para poder llevar a cabo la histerectomía, como por ejemplo, salir del país para poder acceder a la salud, enfrentarse a recomendaciones del personal médico desde el sexismo y los estereotipos de género, procedimientos médicos invasivos, comentarios machistas de personas cercanas, entre otros.

Asimismo, la histerectomía para este grupo de mujeres no se limita únicamente como una operación que viene a poner en discusión su identidad como mujeres. En algunos casos, si bien se genera un proceso para cuestionar la maternidad y el rol socialmente asignado, también es un procedimiento que levanta otros elementos en sus vidas, tales como las prácticas y los significados sobre el bienestar y la salud propia, también con respecto a las relaciones interpersonales, la vida familiar y los cuidados, el desempeño de las mujeres en el trabajo y el ámbito doméstico, entre otros.

ÍNDICE

1	Introducción	6
1.1	Justificación.....	7
1.2	Antecedentes	9
1.2.1	Condiciones de las mujeres latinoamericanas y costarricenses en el sector salud	9
1.2.2	Antecedentes sobre histerectomía	14
1.3	Estado de la Cuestión.....	16
1.3.1	Estudios sobre corporalidades relacionados con los órganos genitales internos femeninos	17
1.3.2	Estudios sobre histerectomía en el contexto nacional y latinoamericano	23
2	Planteamiento del problema.....	29
2.1	Pregunta de investigación	33
2.2	Objetivos de investigación	33
2.2.1	Objetivo General	33
2.2.2	Objetivos Específicos	33
3	Marco teórico y conceptual.....	34
3.1	Teoría feminista.....	34
3.1.1	Género y sexo como categorías de análisis.....	36
3.1.2	Construcción social del género: los cuidados y la identidad femenina ..	38
3.2	Las mujeres con histerectomía en el ámbito de la salud	45
3.2.1	La salud y la sexualidad femenina.....	47
3.2.2	Patologización del cuerpo de las mujeres	52
3.2.3	Medicalización de los cuerpos de las mujeres	54
3.3	Corporalidad: el cuerpo de las mujeres como práctica socio-cultural y simbólica	56

4	Propuesta Metodológica	59
4.1	Tipo de estudio	59
4.2	Enfoque de la investigación	61
4.3	Población participante.....	62
4.4	Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	65
4.4.1	El cuestionario	67
4.4.2	La entrevista	69
4.4.3	El taller grupal.....	71
4.5	Procesamiento y análisis de la información	74
4.6	Cuadro de operacionalización de las variables.....	77
5	Análisis de los Resultados	78
5.1	Caracterización de las mujeres participantes	78
5.2	Aprendizajes de género: aspectos más sobresalientes sobre la construcción social del género en relación al cuerpo femenino	84
5.2.1	Socialización sobre la sexualidad de las mujeres	84
5.2.2	La experiencia de construirse como mujer	89
5.3	Las vivencias corporales de las mujeres desde la histerectomía	97
5.3.1	Vivencias en torno a la salud y la histerectomía	98
5.3.2	Vivencias corporales y los cuidados posteriores a la histerectomía	127
5.4	Significados alrededor de la histerectomía	136
5.4.1	El útero.....	137
5.4.2	Histerectomía y calidad de vida	144
5.4.3	La ausencia de la menstruación.....	150
5.4.4	La maternidad.....	153
5.4.2	La histerectomía como experiencia de vida	159

6	Conclusiones	162
7	Recomendaciones.....	168
8	Bibliografía	171
9	Apéndices	176

1 INTRODUCCIÓN

La presente investigación analiza los significados de las vivencias corporales de un grupo de mujeres costarricenses residentes del área metropolitana, que fueron sometidas a una intervención médica llamada histerectomía, la cual implica la extracción del útero.

A partir de la perspectiva de género y la teoría feminista como puntos de partida para el abordaje teórico y analítico, así como el uso del concepto corporalidad, se problematiza acerca de los significados que las mujeres dan a las vivencias experimentadas producto de esta intervención.

Dicho lo anterior, por un lado, se indaga sobre la construcción social del género. Aquí es necesario reconocer el género como categoría fundamental que marca las relaciones entre los seres humanos a partir de la diferencia sexual y con ello, comprender el desenvolvimiento de las mujeres en el marco de la cultura patriarcal, realidad que produce una participación distinta y desigual de éstas en diferentes esferas de lo social.

Por otro lado, se retoma el concepto de corporalidad, que entiende el cuerpo como práctica social que media toda experiencia. De esta manera, el cuerpo es el resultado de una construcción sociocultural y simbólica que va más allá de lo físico o lo biológico, que además permite a las personas interactuar tanto con el medio social, como también posibilita el ejercicio de construcción de significación de la experiencia vivida.

Bajo ese enfoque, se realizó una investigación en la cual participaron 10 mujeres, quienes compartieron sus vivencias y los diferentes significados vinculados con la experiencia de lo que llamaremos intervención, cirugía médica o procedimiento quirúrgico

para hacer referencia a la histerectomía.

1.1 Justificación

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico más aplicado dentro del área de ginecología y se practica por distintas razones. Particularmente los estudios con enfoque de género han demostrado que las mujeres que deben realizarse una histerectomía se ven afectadas en términos de su identidad de género, por lo que los efectos de la cirugía no se limitan a lo físico, sino que se extienden al ámbito social y personal.

Este contexto es generado por todo un sistema sociocultural instaurado. A partir de la división sexual del trabajo, a las mujeres se les relegó al espacio reproductivo, es decir hacia las tareas domésticas y de cuidado, en donde sus cuerpos se usan como instrumento para reproducir y perpetuar el rol socialmente asignado a lo femenino. De esta manera, las mujeres se constituyen muchas veces bajo el papel mujer- madre- esposa, poniendo su energía, sus afectos, sus cuidados y atenciones hacia los demás, dentro de los círculos familiares, laborales y comunitarios.

Por ende, cuando no pueden ejecutar estos roles, ya sea porque no cuentan con la capacidad física, biológica o mental, o bien porque no forma parte de sus motivaciones personales, experimentan una especie de contradicción, situaciones discriminatorias, cuestionamientos sobre su identidad o su valía como mujeres.

Cabe señalar que las investigaciones que rescatan las experiencias de las mujeres con histerectomía, se han enfocado principalmente en resaltar los efectos en la sexualidad, es decir, han hecho énfasis en conocer de qué manera afecta la autopercepción de las

mujeres, sus relaciones de pareja, y sus deseos de convertirse en madres.

Sin embargo, la histerectomía no solo influye en el ejercicio de la sexualidad, pues las mujeres se enfrentan a distintos escenarios en los que se vulnera su autonomía física, mental y personal. Estos escenarios pueden ser sus propios hogares, las interacciones con otras personas, sus lugares de trabajo y los centros de salud. En este sentido, la cirugía no solo impacta sobre el cuerpo y la sexualidad, por el contrario sus efectos se extienden a otros espacios de la cotidianidad.

En la actualidad el deseo de la maternidad no está presente en todas las mujeres. A pesar de que socialmente se les sigue exigiendo el convertirse en madres, hoy día las mujeres se plantean otros intereses, metas y proyectos personales en los que puede o no estar la aspiración de poder engendrar.

Bajo esa lógica, los significados que puedan otorgarle a sus vivencias a raíz de una cirugía como la histerectomía pueden ser variadas y dependerán de diversos factores, como lo pueden ser su propia historia de vida o los recursos con los que cuentan.

Es por esta razón que existe la necesidad de ampliar la mirada de la experiencia de las mujeres con histerectomía más allá de los efectos en el ámbito de la sexualidad y reducido al hecho de la maternidad. Así, esta investigación se propuso analizar el fenómeno de la histerectomía, bajo un abordaje que tomara en cuenta su impacto en distintos aspectos de la vida de las mujeres.

Para lograr lo anterior, fue fundamental el poder escuchar las vivencias de las mujeres desde sus propias reflexiones, opiniones y los puntos de vista sobre esta cirugía y

lo que les significó en sus vidas.

Lo anterior no es menor, es más bien relevante y contribuye en términos académicos a los estudios del cuerpo desde las ciencias sociales, así también, como un campo que todavía tiene mucho por explorar desde la disciplina de la sociología. Por otra parte, es un aporte en términos sociales y políticos, al reconocer que los cuerpos de las mujeres no son solo instrumento de la reproducción, y que las personas con útero y órganos sexuales relacionados con lo femenino, tienen derecho de gestionar sus procesos biosociológicos con dignidad, apegado a los derechos humanos, y de acuerdo a sus propias expectativas y creencias.

1.2 Antecedentes

Tomando en cuenta que el fenómeno analizado está relacionado con una intervención médica y que por ende, se lleva a cabo en centros de salud, es necesario presentar los datos más relevantes que permiten un acercamiento a la condición de las mujeres en materia de salud. Adicionalmente, se examinan antecedentes específicos sobre la histerectomía como intervención médica.

1.2.1 Condiciones de las mujeres latinoamericanas y costarricenses en el sector salud

Gracias a los esfuerzos de grupos de mujeres en diferentes regiones del mundo, quienes hicieron hincapié en la necesidad de poner en debate los contextos de desigualdad y violencia de género, se llegaron a discutir las problemáticas propias del género femenino en diferentes conferencias internacionales, tales como: la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing,

1995).

Agregado a estos espacios de debate político, las convenciones internacionales como La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994), cuyos objetivos giran en torno a la erradicación de la violencia de las mujeres y el reconocimiento de sus derechos humanos, han servido para visibilizar las agresiones diarias a millones de mujeres en el mundo, y han influido para que los Estados ratificantes se comprometan en la creación de políticas públicas que permitan el ejercicio pleno de las mujeres en materia de derechos.

En América Latina y el Caribe la condición de salud de las mujeres y niñas se ve vulnerada principalmente por desigualdades de género. Los contextos de pobreza y dependencia económica de la mujer, su experiencia de la violencia, las actitudes negativas hacia su género, la discriminación, así como el control limitado sobre su vida sexual y reproductiva, y su falta de influencia en las decisiones, perjudican gravemente su salud (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995).

En relación a lo anterior, los índices demuestran que las mujeres corresponden al grupo más pobre en las sociedades latinoamericanas. Para el año 2014, el porcentaje de mujeres pobres era de un 18% superior al de los hombres bajo esta misma condición (CEPAL, 2016). Si se examinan las tasas de ocupación, se puede observar que las mujeres son el grupo poblacional con menor participación en trabajos remunerados, por tanto, son las que se encuentran en los niveles más altos de pobreza, y suelen estar más excluidas de los sistemas educativos y de salud.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2016), para el año 2014, un 62% de las personas asalariadas en la región eran hombres, mientras que sólo un 38% eran mujeres. Los porcentajes relacionadas a los indicadores “trabajador familiar no remunerado” y “servicio doméstico”, reflejan que éstos mayormente son desempeñados por mujeres (un 62% de mujeres frente a un 38% de hombres, y un 94% de mujeres frente a un 6% de hombres, respectivamente).

Como consecuencia de los estereotipos de género, es usual encontrar que las mujeres se dediquen a labores relacionadas con el cuidado y las tareas domésticas. De acuerdo con la CEPAL (2016), la distribución de la población ocupada por actividad económica evidencia que el “sector cuidado” se encuentra mayoritariamente conformado por mujeres, representando un total de 27,7%, mientras que solo un 5,4% de los hombres forman parte de éste.

Esto significa que las mujeres tienen mayor presencia en sectores económicos relacionados con el cuidado y la reproducción de la vida, sin embargo, a estas actividades no se les ha dado un valor social importante, por lo que en la gran mayoría de los casos no se retribuye económicamente, o pocas veces se les paga en igualdad de condiciones en relación a los hombres.

De acuerdo con el INEC (2017), en Costa Rica las mujeres le dedican más tiempo al trabajo no remunerado, es decir a las actividades y tareas de la casa y los cuidados, que los hombres. Específicamente las mujeres dedican 13:53 horas a la semana a este trabajo, mientras que los hombres solamente le dedican 3:50 horas de su tiempo, esto significa que las mujeres tienen un porcentaje de 95,4% mientras que los hombres un 73,3% de

participación en este tipo de labores. En cuanto al cuidado de personas en el hogar, esta encuesta destacó que la tasa de participación es de 41,2% en mujeres, mientras que un 26,9% corresponde en hombres.

Es relevante señalar lo anterior, ya que si bien las mujeres se han incorporado al mercado laboral siguen dedicándole más tiempo que sus parejas o los hombres de su hogar a este tipo de tareas, por lo que muchas a pesar de participar del espacio productivo y remunerado, no dejan de dedicarle tiempo al trabajo reproductivo o no remunerado, estableciéndose así una doble jornada laboral y afectando en muchos casos su salud física y mental.

Bajo esa misma línea, a pesar que las mujeres constituyen la columna vertebral del sistema sanitario, raras veces están representadas en los puestos ejecutivos o de gestión, por el contrario suelen estar en los puestos con sueldos bajos y expuestas a mayores riesgos de salud ocupacional. Asimismo, “su función como prestadoras informales de asistencia sanitaria en el hogar o la comunidad no suele recibir apoyo, reconocimiento ni remuneración” (OMS, 2008, p. 4).

Cabe destacar que en el área de salud, las mujeres representan más del 80% de la fuerza laboral. Son las principales gestoras y proveedoras de servicios de atención dentro de la familia y la comunidad. Lo que significa que el 85% de la detección y atención temprana de las enfermedades ocurre fuera de los servicios y es provista mayoritariamente por mujeres de manera gratuita. Pese a su contribución al desarrollo de la salud, las mujeres permanecen en una posición desventajosa del sistema formal e informal de salud (OPS, 2004).

En efecto, las condiciones en salud para las mujeres son limitadas e insuficientes. Según “UNIFEM, FNUAP, CEPAL, OMS5 y otros, los problemas relacionados con la salud reproductiva siguen siendo la principal causa de muerte y mala salud de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008, p. 14).

Las cifras señalan que cada año mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto unas 287 000 mujeres, el 99% de ellas en países en desarrollo, lo que se explica, de acuerdo con el informe denominado Género y Salud de la Organización Mundial de Salud (2008), a una serie de factores, entre ellos: el acceso a la educación y al empleo formal, dificultades para obtener asistencia sanitaria, falta de sistemas de salud acorde a las necesidades de las mujeres, falta de métodos anticonceptivos, y prácticas sexuales de riesgo.

En cuanto a nivel de cobertura, muchas mujeres no cuentan con cobertura directa a los planes de aseguramiento públicos o privados, la gran mayoría se encuentra en calidad de asegurada dependiente, situación que las pone en riesgo de desprotección en caso de quedar viudas, separación conyugal, cambios de situación de empleo del conyugue, o cambios en las regulaciones con respecto a los dependientes (OPS, 2004).

Vinculado a lo anterior, el Instituto Nacional de las Mujeres informó que para el año 2017 un total de 40, 5% de las mujeres en el país se encontraban dentro de la categoría de aseguramiento “familiar asegurado directo”, y solo un 17, 7% se encontraba en calidad de asalariadas (INAMU, 2019). Lo que significa que la mayoría de las mujeres en el país dependen de otras personas para obtener atención en el seguro social.

En términos de la calidad de atención en los centros de salud, se puede decir que suelen ser deficientes en diversos aspectos. Tal y como se señala “En muchos casos, no se trata a la mujer con respeto, no se le garantiza la privacidad y la confidencialidad ni se le ofrece información completa sobre las opciones y los servicios a su alcance” (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995, p.39). Por otra parte, los acontecimientos vividos “se suelen tratar como problemas médicos que terminan en intervenciones quirúrgicas innecesarias o en una medicación incorrecta” (ibíd.).

Al respecto en la XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (2016), se subrayó el impacto de los principales efectos diferenciadores del género en la salud, la baja proporción de esterilización masculina frente a la femenina, los efectos nocivos de la tecnología anticonceptiva y la reducida asignación de recursos para la investigación sobre anticoncepción, así como el abuso de cesáreas e hysterectomías. Es preciso señalar que incluso la hysterectomía, es la intervención quirúrgica más frecuente realizada en cirugía ginecológica (Díaz, 2013; Villagra, 2015).

1.2.2 Antecedentes sobre hysterectomía

Entre el año 2000 y 2018 se realizaron en promedio 4535 hysterectomías al año, dentro del sistema de salud público costarricense, siendo la hysterectomía abdominal total la más aplicada (CCSS, 2019). Este tipo de hysterectomía se caracteriza por la extirpación del útero a través de una incisión en el abdomen, y se escoge por sobre otros tipos si se tiene tumores grandes o si hay cáncer presente, además, requiere un tiempo más largo de cicatrización y generalmente una hospitalización más prolongada (Miranda, 2013).

Las razones para realizar una hysterectomía varían, pero se pueden mencionar entre

sus causas: hemorragias, dolores pélvicos crónicos, miomas o fibromas uterinos (tumores benignos), cáncer de útero, entre otras. “De acuerdo con estimaciones actuales los leiomiomas uterinos, el prolapso uterino, y la endometriosis son las indicaciones más frecuentes, representando el 70% de las hysterectomías” (Miranda, 2013, p.32).

Cuando hay presencia de cáncer, además de la hysterectomía, se pueden llegar a aplicar otros procedimientos como: la radioterapia, la quimioterapia, o la braquiterapia, existiendo la posibilidad de que se realicen todos los procedimientos o uno solo. Asimismo, puede haber una alteración en el orden; la hysterectomía puede realizarse antes o después de la radiación (Baeza, 2013).

Existen tipos de hysterectomías más invasivas que otras en las cuales se retira una mayor cantidad de órganos, pero todas tienen en común la pérdida de la capacidad de quedar embarazada, y en general las decisiones relacionadas con la cirugía son tomadas por parte del personal médico. Por ejemplo, de acuerdo con Chaves en Bereck (2007), la edad de la mujer que es operada de hysterectomía tiene mucho que ver para que un médico tome la decisión de extirpar o no los ovarios, por considerar que tiene una vida útil significativa.

En ese mismo sentido, las afirmaciones sobre la hysterectomía como alternativa de elección en una mujer que ha completado su paridad, evidencia la asignación de “[...] un rol funcional al órgano en cuestión sin considerar los daños colaterales que tiene en cualquier mujer la extirpación del útero, tenga ella o no interés en tener hijos” (Baeza, 2013, p. 19). En otras palabras, la aceptación de la hysterectomía en mujeres que han “completado” su ciclo reproductivo, demuestra la valoración social de las mujeres a partir

de su rol reproductivo y la falta de conciencia sobre los efectos que puede tener la extirpación del útero en aquellas que no han engendrado, o no tienen interés en ello.

Por otra parte, a pesar de que es importante realizar ultrasonidos, citologías y otras pruebas de seguimiento con el objetivo de disminuir las probabilidades de ser sometida a esta intervención, la Segunda Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva del año 2015, apuntó que menos de la mitad de las mujeres entrevistadas se había realizado exámenes como lo son ultrasonidos, o Papanicolaou, con la frecuencia recomendada para su edad, lo cual limita la detección precoz y aumenta la probabilidad de presentar otro tipo de enfermedades. Asimismo, cabe recalcar que quienes realizan sus exámenes con más frecuencia son aquellas mujeres con estudios universitarios y de las zonas urbanas del país (INAMU, 2019).

Si bien la razón por la cual las mujeres no asisten a los exámenes con la periodicidad necesaria tiene de fondo elementos económicos, también tiene un origen vinculado con la vergüenza socialmente aprendida, y el miedo a perder una parte del cuerpo que social y culturalmente ha sido asociado con el modelo de feminidad hegemónica, así como también relacionado con la maternidad y la sexualidad (INAMU, 2019).

1.3 Estado de la Cuestión

Después de haber realizado búsquedas documentales en Costa Rica y Latinoamérica sobre la histerectomía como eje principal, se concluye que las principales líneas de interés se enfocan en analizar las repercusiones en las relaciones de las mujeres con sus parejas y su vida sexual, así como también en las consecuencias sobre su identidad femenina. Son pocas las investigaciones que se interesan en examinar la histerectomía más allá de la

dimensión de la sexualidad.

Algunas de estas investigaciones sí incluyen la perspectiva de género, y otras lo hacen desde enfoques médicos. Es importante señalar que, a pesar de que existen investigaciones sobre el tema –mayormente internacionales-, se cuenta con poca información estadística tanto a nivel nacional como a nivel internacional. Por ende, existe un vacío en cuanto a elementos cuantitativos y cualitativos que permitan caracterizar de manera más precisa esta población.

Para efectos de esta investigación, se toma como punto de partida la presentación de estudios sobre corporalidades vinculados con los órganos genitales internos femeninos¹, pues permite un mejor acercamiento al objeto de estudio. Seguidamente se presentan los principales estudios correspondientes a histerectomía en el contexto nacional e internacional.

1.3.1 Estudios sobre corporalidades relacionados con los órganos genitales internos femeninos

Un análisis sobre los motivos que sostienen los argumentos de diferentes profesionales en la salud en las áreas de maternidad, ginecología, obstetricia y tocoginecología, sobre la ligadura de trompas de Falopio denominado “La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza” de Rodríguez (2004), demuestra que el personal

¹ Los órganos genitales femeninos internos corresponden a: la vagina, el útero, los ovarios y las trompas, clítoris. Pueden sufrir transformaciones producto de embarazos, enfermedades, etapas de la vida, agresiones o violaciones, o por decisión propia, pero ésta última en el menor de los casos. Se incorporaron únicamente estudios dentro de las Ciencias Sociales.

médico en general, posee posturas conservadoras respecto a la decisión de las mujeres de ligarse sus trompas.

La autora examina el recorrido histórico del discurso médico sobre la sexualidad femenina, mismo que afirma, influye en los discursos del personal frente a la ligadura de trompas como decisión personal. Entre las posiciones argumentativas sobresalen: 1) una posición conservadora en la que debe prevalecer el conocimiento del personal médico y lo que éste cree es mejor para la mujer, 2) una posición que permite en algún grado que la mujer sea quién tome la decisión sobre su reproducción y su cuerpo.

Entre sus principales hallazgos se identificó que no existe una posición en la que la responsabilidad estuviera totalmente en manos de las mujeres, esto se debe, según Rodríguez (2004), a que si bien ha habido algunos avances como leyes y declaraciones internacionales que promulgan la autonomía del cuerpo femenino, la maternidad no deja de tener un valor social importante. Por tanto, el grupo de profesionales que trabajan en los centros de salud de áreas como psicología, medicina, trabajo social, y mujeres que trabajan como parteras, llegan a influir de manera significativa sobre la decisión de las mujeres.

Otro de los aportes que sobresalen de este trabajo es la muestra de que algunos profesionales reconocieron que este tipo de cirugía se vuelve difícil de llevar a cabo cuando las mujeres la solicitan como método anticonceptivo. Debido a que se les solicita la presentación de una serie de trámites, las mujeres lo perciben como algo engorroso, ya que en la realidad avanzan muy poco. Cabe resaltar que quienes tenían esta apreciación, eran principalmente las profesionales y dentro de los centros de salud, y no así sus compañeros

de trabajo hombres.

En esa misma línea, la tesis de maestría del Instituto de Estudios de la Mujer en la Universidad Nacional, de la autora Fernández (2008), “Vivencias de la sexualidad femenina: un estudio con mujeres que optaron por la esterilización, residentes en una zona costera”, es una indagación desde la fenomenología con una muestra de 40 mujeres entre los 22 a los 46 años en la zona costera del Golfo de Nicoya en Costa Rica, que analiza el impacto que tiene la decisión de la esterilización por voluntad propia.

Como parte de sus resultados se explica que el ejercicio de autonomía de las mujeres sobre su sexualidad, es obstaculizado por diversos factores, entre ellos el nivel educativo, la pobreza, su lugar de procedencia, el poco acceso a trabajo, y la poca o nula planificación familiar, entre otros. Se resalta además el hecho de que para salir de los contextos de pobreza y violencia en los que vivían, las mujeres establecieron relaciones a muy temprana edad con hombres mayores que ellas, convirtiéndose en madres adolescentes y asumiendo la maternidad como una obligación.

En ese sentido, Fernández (2008) señala que las mujeres no pudieron ejercer control sobre su salud sexual y reproductiva hasta el momento en que toman la decisión de la esterilización, misma que viene a funcionar como una opción de anticoncepción segura que les permitiría vivir sus vivencias sexuales sin miedo y sin inseguridades, así como una vida menos difícil en términos económicos.

Por su parte, “Vivencia de la sexualidad integral de mujeres en adultez media diagnosticadas con cáncer cervical” de Argüello y Mejíval (2012), un estudio cualitativo y de tipo descriptivo, en el cual participaron cinco mujeres entre los 34 a los 51 años de

edad del área metropolitana de Costa Rica, explica cómo la construcción de la sexualidad influye en las nuevas vivencias experimentadas a partir del cáncer de cérvix. La recopilación en esta investigación a través de las historias de vida fue clave para profundizar sobre las vivencias experimentadas al momento en que se da el diagnóstico de la enfermedad, así como de los procesos de afrontamiento de cirugía por parte de las mujeres.

Entre los hallazgos se puntualizaron las experiencias más significativas como: la relación con la familia (al ser un análisis desde la psicología, especialmente con la mamá,), situaciones violentas en su infancia, relaciones afectivas con la familia actual, el abandono de la pareja y otros miembros, pérdida de trabajos debido a su delicado estado de salud, daño a su autoestima, entre otros. Asimismo, se demostró que las vivencias personales, aunque tienen ciertas variantes, coinciden en que están inmersas en relaciones de poder, y además que frente a un contexto de enfermedad, las mujeres se encuentran en una posición de alta vulnerabilidad y desventaja respecto al género masculino.

En la indagación “El anhelo de la maternidad un estudio sobre la vivencia de la infertilidad en mujeres que desean ser madres” de Ortiz (2015), también se examinan las vivencias de mujeres, a partir de una condición que les imposibilita quedar embarazadas. Este trabajo se realizó con la colaboración de cuatro mujeres (una de 23 años y las otras tres, de 32 años de edad) que no habían tenido hijos propios o adoptados, participantes del *Programa Reproducción Humana* del Hospital de las mujeres Adolfo Carit Eva, y la recolección de la información se dio a través de la entrevista a profundidad y la técnica de la fotografía.

La autora señala como parte de sus conclusiones que las experiencias de las mujeres durante el tratamiento han sido desgastantes y desalentadoras, debido a las dificultades corporales propias o de la institución, que han obstaculizado el avance del proceso. Al igual que las investigaciones anteriormente descritas, se identificó que las decisiones del tratamiento están en manos del personal médico, de manera que las mujeres tienen poca incidencia sobre lo que se hace con sus cuerpos. Por otra parte, se recalca el hecho de que algunas de las participantes habían sufrido complicaciones corporales significativas como la aparición de quistes, por lo que, según la autora, esto refleja una pérdida de control de sus propios cuerpos, pues deben seguir las indicaciones de los médicos, para lograr su deseo de convertirse en madres.

Entre los principales aportes de esta investigación se destaca la utilización de técnicas investigativas poco frecuentes en Ciencias Sociales, y su contribución al abordaje de temáticas que se viven en la intimidad y son dificultosas de indagar.

Por último, el trabajo titulado “La autoatención en mujeres tratadas de cáncer de mamas y/o cérvicouterino” de Watkins (2019) en antropología social, cuyo objetivo se proponía “caracterizar las prácticas y significaciones de la autoatención en mujeres tratadas de cáncer de mamas y/o cérvicouterino” (Watkins, 2019, p.12), es un análisis cualitativo de tipo descriptivo, en el cual participaron mujeres entre los 26 a los 59 años de edad que residían en la Región Metropolitana de Chile. Se realizaron entrevistas a profundidad; siete entrevistas a mujeres con cáncer de mama, y cuatro entrevistas a mujeres con cáncer cérvico-uterino.

Interesa subrayar de este estudio las experiencias y significaciones de las

participantes con cáncer cérvico-uterino, quienes eran las más jóvenes de las participantes (26, 31, 34, y 38 años). En términos generales, la autora identificó dos dimensiones de prácticas de autoatención: en primer lugar, “aquellas prácticas realizadas para prevenir y aliviar dolencias específicas producidas por los tratamientos o prácticas para comenzar a cuidar y preocuparse de su salud y bienestar general” (p. 99), y en segundo lugar, prácticas para velar por sí mismas, es decir, “[...] aquellas prácticas ligadas a un ámbito más emocional, mental y espiritual...” (p.100). De estas prácticas se pueden mencionar la búsqueda de alternativas en general para sentirse mejor, como: terapias reiki, flores de bach, yoga, toma de plantas medicinales, búsqueda de la espiritualidad, actos de fe, uso de marihuana para combatir los dolores, entre otros.

Otro de los hallazgos importantes es la presencia o la ausencia de personas durante todo el proceso, desde el diagnóstico hasta la recuperación. Se encontró que las madres de las participantes, las amigas, las hijas, las hermanas, compañeras de trabajo y mujeres que habían conocido en grupos de apoyo o en conversaciones en los centros de salud, se convirtieron en pilares fundamentales para éstas, en tanto brindaron apoyo durante el proceso. El hallazgo es significativo, porque como bien lo señaló la autora, existe una ausencia de personajes masculinos que brinden apoyo a las mujeres en los contextos de enfermedad. En ese sentido, también se recalca que las participantes siguieron haciendo sus labores domésticas y de cuidado de los hijos e hijas, e incluso las que tenían parejas, en la atención de sus maridos.

Finalmente, desde el posicionamiento de la investigadora “el cuerpo se convierte además en el punto de encuentro de las significaciones y prácticas del nuevo cuidado de la salud y de organización donde las mujeres, desde el núcleo de autoatención, comienzan

a involucrarse dentro de sus procesos de cuidado” (Watkins, 2019, p. 97), lo que hace ver cómo el cuerpo a partir de sus vivencias, se convierte en un movilizador para que las mujeres pusieran atención a su salud, buscaran explicaciones, alternativas de sanación, y otras formas de entenderse como mujeres, más allá de los procedimientos biomédicos, y de lo que personal médico pudiera ofrecer.

1.3.2 Estudios sobre histerectomía en el contexto nacional y latinoamericano

La histerectomía fue estudiada inicialmente en el ámbito de la medicina, no obstante, en los últimos años se pueden encontrar investigaciones sobre este tema en otras áreas del conocimiento, así como dentro de la propia medicina, pero a través de otros enfoques en donde se coloca a la mujer y sus experiencias en el centro del análisis. Por ejemplo, "Programa de fortalecimiento de la salud mental de la mujer histerectomizada, bajo el enfoque de la Teoría de Género” de Chinchilla y Trejos (1996) para optar por la Licenciatura en Enfermería, es una investigación enfocada en crear un programa para las mujeres histerectomizadas bajo el enfoque de género, debido a la inexistencia de éstos en los centros de salud públicos del país.

Después de haber realizado la consulta a 26 mujeres histerectomizadas, el objetivo fue fortalecer 5 aspectos principales, que de acuerdo con éstas, son necesarios para enfrentar una cirugía de este tipo. Entre los aspectos se señalaron: la sexualidad, la histerectomía, la autoestima, el tratamiento hormonal de sustitución y la socialización (Chinchilla y Trejos, 1996). Entre las consideraciones finales, las autoras evidencian el dominio del enfoque biologicista de la cirugía de parte del personal médico en centros de salud de Costa Rica, por lo que señalan la necesidad de crear programas con enfoque de

género y así, ayudar a las mujeres y dar un mejor acompañamiento durante el proceso de cirugía y recuperación.

Siguiendo la misma línea "Alcances de un programa de intervención en crisis pre y post-operatoria en un grupo de mujeres que van a ser sometidas a una histerectomía abdominal total en el Hospital Calderón Guardia" de Rodríguez y Ulloa (1997), para optar por la Licenciatura en Psicología, se enfoca en construir un programa para mujeres histerectomizadas. En este caso el programa es de tipo intervención en crisis.

Rodríguez y Ulloa parten de la premisa que las mujeres al extraerles el útero inician una fase de duelo, pues sienten una pérdida de su identidad como mujeres, al perder un órgano que tiene una importancia social (1997). Por lo tanto, se plantean la construcción de este programa basado en una metodología pre y pos-operatoria, en la cual se interesan por ver de qué manera la intervención en crisis puede ayudar a las mujeres a enfrentar la histerectomía. Entre los resultados encontrados se menciona que: las mujeres antes de la cirugía poseían síntomas depresivos, recurren a la minusvalía como mecanismo de defensa, alta preocupación de su desempeño como madres y esposas, temores entorno al plano sexual y de pareja. Sin embargo, se descubre que después de la implementación de la intervención en crisis las sensaciones fueron disminuyendo.

De estas dos indagaciones se rescata la construcción de programas con el objetivo de mejorar las experiencias de afrontamiento de las mujeres ante la histerectomía. Para antes de los años en que fueron desarrolladas estas investigaciones, no se tenía registro de programas de este tipo en los hospitales del país.

Otro estudio en México desde la psicología titulado "Significados y experiencias de

la histerectomía en mujeres” de López (2004), aborda los significados de la histerectomía, cómo se experimenta y cómo repercute en la imagen de “mujer”. Se trabajó con cinco mujeres entre los 30 y los 50 años de edad, y se aplicaron entrevistas a profundidad a cada una de ellas. La autora expone entre sus conclusiones que la histerectomía representa un momento que “remueve” diversos sentimientos en las mujeres. Se encontró que experimentan disminución en la autoestima, se sienten menos atractivas, aparecen cuadros de ansiedad, y un sentimiento de no-control sobre sus propios cuerpos. No obstante, en contraste con estas experiencias, se destaca que para muchas de las participantes la histerectomía significó también bienestar, salud en general y un acontecimiento que salvó sus vidas, ya que dejaron de preocuparse por quedar embarazadas y cesaron las molestias físicas.

Esto último es de los principales aportes que se recatan de este trabajo, en tanto la autora logró concluir que si bien las mujeres experimentan sensaciones de disminución del autoestima, la cirugía las ayudó a recuperar su salud, a replantearse la identidad de la mujer más allá de un órgano específico, y a la vez se pudo evidenciar que no repercutió en la vida sexual de las mujeres, uno de los mayores miedos alrededor de la histerectomía.

Continuando con las experiencias de mujeres histerectomizadas, el artículo publicado en la Revista de Trabajo Social de la Caja Costarricense del Seguro Social titulado “La histerectomía y sus implicaciones sociofamiliares” de Chaves (2007), narra la experiencia de la implementación de un proyecto llamado “Mujer enteramente Mujer” para mujeres que serán histerectomizadas. Dicho proyecto se proponía brindar una educación en salud para aclarar dudas, temores y mitos sobre la histerectomía, y así lograr y promover una mejor actitud ante la cirugía (Chaves, 2007).

Durante el proceso de implementación se reconoció la importancia de contar con proyectos que permitan a las mujeres y sus familiares obtener información amplia sobre la histerectomía, de manera que puedan evacuar dudas y permita a las mujeres sentirse más cómodas al momento de ser operadas. Entre los principales resultados después de la ejecución del proyecto se subrayan las diferentes percepciones de las participantes, entre estas: el interés de participación, sentimientos de confianza, alta calidad de la información, promoción de una actitud positiva, entre otros. Para la autora, es necesario la incorporación de estos espacios con el fin de que las mujeres comprendieran la importancia de realizarse la cirugía.

Otro estudio denominado “Significado de la Histerectomía en mujeres en edad reproductiva por complicaciones del parto: una visión sociocultural” de Cuamatzi y Villela (2009), contó con la participación de cinco mujeres de entre los 30 a los 50 años de edad, con un nivel socioeconómico medio, y un nivel educativo de básica y media básica, en México. Las autoras se sustentan de la teoría de género para realizar su análisis, y toman como punto de partida las categorías cuerpo físico y cuerpo social. Se realizó una exploración acerca de las experiencias vinculadas con la sexualidad de las mujeres en cuanto a sus conocimientos sobre sexualidad, sobre la histerectomía, los significados en torno a la maternidad y la identidad femenina.

Dentro de sus conclusiones se menciona que la vida de las mujeres se desmorona cuando son histerectomizadas, ya que sienten la pérdida de su función social: convertirse en madres. De acuerdo con las autoras, la pérdida de la función de su cuerpo social, provoca que se sientan inferiores y cuyos porvenires se vislumbran en la incertidumbre, esto a pesar de que su cuerpo biológico se recupera satisfactoriamente (Cuamatzi y Villela,

2009).

La investigación pone en evidencia, por otro lado, la relación que se da entre paciente y doctor/a. Se expone que las mujeres sufrieron angustia y miedo pues no recibieron información completa ni clara sobre lo que la histerectomía podría significar, en términos médicos. Por este motivo, las investigadoras expresan la necesidad de que las mujeres hagan valer sus derechos en cuanto a: preguntar cuántas veces sea necesario, cambiar de médico si así lo quiere, consultar a otros especialistas. Por otra parte, enfatizan también en cuestionar el papel del personal médico al momento de dar consejos y decisiones sobre lo que es mejor para la mujer, ya que en muchos casos no se contempla una evaluación integral para ésta.

En esa misma línea, otro estudio en el ámbito médico, de Miranda (2013) “Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a los 55 años de edad del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo febrero -agosto 2012”, se propuso examinar cómo impactaba la histerectomía a la calidad de vida de 50 pacientes, en Ecuador.

La autora concluyó que las pacientes que recibieron poca información pre y post operatoria fueron las que sacaron menores puntajes de calidad de vida, asimismo, a pesar de que la mayoría de las pacientes confirmó haber recibido información pre quirúrgica, gran cantidad de ellas mencionó que la información era escasa y deficiente. Por otro lado, se detalló que un 42% de las pacientes considera que vive con una calidad de vida regular, el 30% una mala calidad de vida, el 18% buena, el 6% muy buena, y el 4% pésima (Miranda, 2013).

A pesar de que existe un esfuerzo por analizar la calidad de vida de las mujeres en relación con la histerectomía, esta investigación presenta vacíos en la parte metodológica. Únicamente se utilizó un instrumento de recolección de la información, a través de un cuestionario, el cual contenía preguntas relacionadas con la calidad de vida en el ámbito físico, social y psicológico, así como otras preguntas acerca de qué tan clara fue la información recibida por parte del personal médico. No hubo una triangulación de datos e información. Dicho esto, la autora vinculó la calidad de la vida solamente con la percepción de la paciente sobre la información pre- y post operatoria recibida. Por lo que no es posible afirmar si una mujer histerectomizada tiene una mala o buena calidad de vida a partir de la información recogida.

Si bien la información proporcionada juega un papel importante, en tanto permite contar con mayores detalles sobre los procesos a los que será sometida la mujer, así como las consecuencias y posibles efectos sobre su salud, existen otros elementos que deben ser considerados. Desde este punto de vista, es necesario la triangulación de datos para analizar de manera adecuada la problemática.

Por último, entre las publicaciones más actuales sobre histerectomía, se recalca un artículo publicado en 2018 en la Gaceta Médica de México, denominado “Legitimidad de la histerectomía para resolver el “problema” de la higiene menstrual en adolescentes con discapacidad intelectual” de Márquez y Valdez, cuyo posicionamiento invita a cuestionar la implementación de la histerectomía en adolescentes con discapacidad intelectual, un procedimiento que según sus autores/as, “no está regulado en los hospitales mexicanos, y la decisión de realizarla no siempre es sometida a un comité hospitalario de ética” (Márquez y Valdez, 2018, p. 651).

Los autores y autoras exponen tres casos de niñas entre los 11 a los 13 años de edad a las que se les había practicado una histerectomía. Se explica que, a pesar de que las adolescentes de 11 y 12 años no presentaban problemas a nivel ginecológico, sus padres solicitaron la aplicación de la histerectomía por miedo a que sus hijas quedaran embarazadas. En cuanto a la adolescente de 13 años, sí presentaba menstruaciones abundantes, y la histerectomía fue recomendada por su ginecólogo.

Como parte de las consideraciones finales se señala que el principio de autonomía de las adolescentes no fue respetado, ya que en todos los casos la histerectomía fue realizada para disminuir la carga de cuidado de los padres y cuidadores, y no por una necesidad personal de las adolescentes. Por otra parte, se concluye que cuando se aplican este tipo de procedimientos sin evaluar el beneficio máximo de la adolescente se cae en un acto discriminatorio, demostrando el predominio del enfoque biologicista de los médicos, al no ver a las adolescentes con discapacidad intelectual como seres biopsicosociales (Márquez y Valdez, 2018).

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las experiencias cotidianas de las mujeres se ven afectadas producto de las desigualdades de género. Las brechas entre hombres y mujeres evidencian una realidad en perjuicio de éstas últimas. Tal como lo muestran las estadísticas, en relación con los hombres las mujeres se encuentran entre las más pobres de la región, tienen menos posibilidades de educación y oportunidades de empleo formal, poseen una sobrecarga en cuanto a los cuidados de otras personas, así como una sobrecarga en relación al trabajo doméstico, que perjudican su estado y sus condiciones de vida.

Particularmente en contextos de enfermedad o de aplicación de procedimientos quirúrgicos, las investigaciones demuestran que las experiencias de las mujeres se ven agudizadas debido al contexto anteriormente descrito. Las dimensiones estructurales de tipos sociales, políticas, económicas, culturales y de la cotidianidad, limitan en mayor o menor medida, la obtención de ciertos niveles de bienestar, la superación de los tratamientos y la recuperación de su salud.

En la práctica médica es común ver intervenciones hacia el cuerpo femenino, especialmente en aquellas zonas corporales relacionadas con la sexualidad erótica o materna; en la actualidad está cada vez más generalizada la ideología médica quirúrgica, que no considera dichas intervenciones como una mutilación a los cuerpos de las mujeres, puesto que sus discursos científicos están altamente valorados (Lagarde, 2015). Así, en las extracciones de órganos vinculados tradicionalmente con la identidad femenina, pocas veces se ven cuestionados tanto los motivos para aplicarlas como sus efectos.

En ese sentido, el predominio de las opiniones médicas sobre las intervenciones ginecológicas, dan como resultado la subordinación de las mujeres sobre su autonomía, no solo física, sino también mental y personal. Aunque las intervenciones médicas implican riesgos sobre cualquier persona, si consideramos las desigualdades de género, las mujeres se encuentran en una doble posición de vulnerabilidad.

Cuando se trata de la anulación de un órgano como el útero, es habitual que las mujeres se encuentren en circunstancias de vulnerabilidad por varias razones. Entre ellas, porque se trata de una intervención corporal riesgosa en términos generales, también debido a los sesgos de género en la medicina y su enfoque biologicista sobre los

procedimientos, a la falta de recursos, a la poca información sobre sus efectos y procesos en general. Asimismo, debido a los estereotipos en cuanto a los roles y las funciones relacionadas al género, a la falta de redes de apoyo, entre otros.

Frente a este escenario se hace necesario que las intervenciones quirúrgicas aplicadas sobre los órganos internos femeninos, sean discutidas desde una perspectiva de género que permita incorporar al análisis elementos de otros planos de la vida social. Vale decir que esto no busca afirmar que todas las cirugías practicadas son innecesarias, sino que se requiere una revisión sobre los recursos con los que cuentan las mujeres, los mecanismos de decisión, las concepciones sobre salud y enfermedad, las alternativas, los efectos, a luz de este tipo de cirugías y así contrarrestar la óptica médica tradicional patriarcal que ha estado a la cabeza de estos procedimientos y por ende, de los cuerpos de las mujeres.

Aunado a lo anterior, si partimos del hecho de que el cuerpo es la vía que media toda experiencia y que en él se encuentra almacenada una historia personal, que además se encuentra en constante cambio, es pertinente hacer referencia al concepto de corporalidad.

En palabras de Moreno-Altamirano (2009), la corporalidad implica tener conciencia de nuestro cuerpo no solo a partir de la experiencia de lo que sentimos a través de él, sino en el conjunto de significaciones que a partir de él atribuimos al mundo, en relación recíproca con los otros, además del hecho de encontrarse y enfrentarse a ese mundo. De esta manera, la corporalidad de las mujeres interesa para esta investigación, en tanto permite identificar la conciencia que éstas tienen de sí mismas y de las relaciones establecidas con otros, así como también de los significados que atribuyen a sus vivencias.

Desde ese punto de vista, esta indagación propone analizar los significados que las

mujeres histerectomizadas otorgan a sus vivencias, a partir de sus propias narraciones en torno al proceso de histerectomía y en el marco de la perspectiva de género, cuyo abordaje teórico-metodológico tiene por objetivo el análisis de las relaciones de los seres humanos, tomando en consideración al género como categoría fundamental para dar cuenta de las expectativas y oportunidades, así como de los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar los géneros (Lagarde, 1996).

El trabajo incorpora las categorías sexo, género, patriarcado, significados, corporalidad y salud. Además, toma como sus principales variables o dimensiones de análisis las vivencias corporales de las mujeres histerectomizadas y la construcción social del género (específicamente en relación a la corporalidad femenina). Por ello, se abarca a lo largo de sus páginas aspectos sobre la construcción social del género, la socialización, la identidad de género, los roles, los estereotipos, los significados y las vivencias en torno a la histerectomía, aspectos sobre la salud de las mujeres, la distribución de las actividades domésticas y de cuidados, entre otros.

Dicho lo anterior, las principales preguntas que guían la investigación son: ¿Cómo ha sido la socialización de género en cuanto al cuerpo femenino?, ¿De qué manera los roles de género afectan las prácticas de las mujeres respecto a sus cuerpos?, ¿Qué papeles asumen las mujeres en los diferentes espacios de su cotidianidad? y ¿Qué significados otorgan a estos papeles?, ¿Cuáles son los recursos con los que disponen en términos sociales, económicos, afectivos, de apoyo, educativos, y de atención en salud?, ¿Cuáles son las concepciones que tienen sobre los procesos de salud, enfermedad y sobre los procesos quirúrgicos?, ¿Qué representa la histerectomía en la vida de las mujeres?, ¿Cuáles son las principales vivencias corporales experimentadas en torno a la histerectomía?, y

¿Cuáles son los significados que adquieren estas vivencias desde la óptica de las mismas mujeres en sus vidas?

2.1 Pregunta de investigación

Retomando los planteamientos anteriores, la pregunta de investigación es:

¿De qué manera influye la construcción social del género sobre los significados de las vivencias corporales de mujeres con histerectomía?

2.2 Objetivos de investigación

2.2.1 Objetivo General

Analizar los significados de las vivencias corporales de un grupo de mujeres con histerectomía residentes del área metropolitana durante el año 2021, desde la construcción social del género.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la construcción social del género en relación al cuerpo femenino, de un grupo de mujeres con histerectomía residentes del área metropolitana.
- Identificar las vivencias corporales de un grupo de mujeres con histerectomía residentes del área metropolitana.
- Describir los significados de las vivencias corporales de mujeres con histerectomía residentes del área metropolitana, en relación a su construcción social de género.

3 MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

En el siguiente capítulo se encuentra el sustento teórico de la investigación, que en este caso se enmarca dentro de la teoría feminista, la cual busca comprender las jerarquías de poder expresadas en las relaciones sociales. Acercarse desde esta perspectiva es fundamental, pues alrededor de la histerectomía existe toda una red de actores con distintas cuotas de poder que influyen e intervienen en las experiencias de las mujeres.

Seguidamente, se hace referencia a la construcción social del género y los cuidados, aspectos relevantes, en tanto las mujeres con histerectomía deben pasar por un periodo de recuperación, lo que implica cuidados y atenciones, mismos que se dan en mayor o menor medida, ya que históricamente las mujeres se encuentran en el rol de cuidadoras.

Posteriormente, se presenta un apartado sobre aspectos relevantes de la salud de las mujeres. Y finalmente un apartado acerca de la corporalidad y el cuerpo como construcción sociocultural y simbólica, elementos que permiten acercarse al análisis de los significados en torno a la histerectomía.

3.1 Teoría feminista

El desarrollo de los estudios de género y las teorías feministas han hecho importantes aportes a la construcción del conocimiento y la manera de comprender los fenómenos sociales. Uno de sus principales aportes fue develar que las relaciones humanas son relaciones de poder condicionadas por el sistema patriarcal.

De acuerdo con Lagarde (2015) el patriarcado es:

El antagonismo genérico, aunado a la opresión de las mujeres y al dominio de los hombres y de sus intereses, plasmados en relaciones y formas sociales, en concepciones del mundo, normas y lenguajes, en instituciones, y en determinadas opciones de vida para los protagonistas [...] El fenómeno cultural del machismo basado tanto en el poder masculino patriarcal, como en la inferiorización y en la discriminación de las mujeres producto de su opresión (pp.95-96).

En otras palabras, el patriarcado es un sistema cultural que legitima el dominio de los hombres en las relaciones sociales y sus intereses por sobre los intereses de otros grupos sociales, entre ellos el de las mujeres. Es además una manera de ver y entender el mundo bajo normas, lenguajes, e instituciones reproductoras de identidades de género socialmente legitimadas.

Frente a este contexto el feminismo viene a cuestionar las estructuras de poder establecidas. Para Facio (2005) el feminismo es una teoría, pero también es un movimiento social y político que parte de la toma de conciencia de las mujeres como colectivo humano subordinado, discriminado y oprimido por el sistema patriarcal, que lucha por los derechos de las mujeres y que a su vez cuestiona las estructuras de poder, las cuales no se reducen únicamente a las de género, sino que se agregan otras categorías tales como clase, edad, raza, u orientación sexual.

La teoría feminista es un pensamiento teórico-político que busca evidenciar las relaciones asimétricas que han sido establecidas por un sistema sociocultural, en el cual las mujeres como grupo genérico han sido subordinadas en distintos aspectos y espacios

de la vida social. Al respecto Facio (2005) expone que el feminismo demuestra las condiciones de desigualdad entre hombres y mujeres en términos genéricos, que no tienen un origen natural o biológico, sino que son el resultado de procesos históricos y socio-culturales donde se marcaron diferencias en favor de lo masculino, más específicamente de un grupo de hombres sobre el resto de seres humanos.

3.1.1 Género y sexo como categorías de análisis

Vivimos en una sociedad, cuyo orden socio-cultural segmenta valores, conductas, roles y deberes en función del sistema sexo-género. Este sistema define qué tareas, actividades y oportunidades les corresponde a los hombres y a las mujeres, en función de sus características anatómicas, específicamente de sus órganos sexuales.

Dicha división se ha hecho pasar como una cuestión de orden natural para justificar la dominación de lo masculino (Facio, 2005), y se han utilizado discursos que alegan una supuesta inferioridad de las mujeres en razón de sus características biológicas/sexuales, como mecanismo para justificar su opresión. Esta desigualdad ha significado una subordinación que involucra los ámbitos de la sexualidad, la afectividad, la economía, y la política en todas las sociedades (Facio, 2005).

De ahí que en la década de los setenta se comience a incorporar el concepto género a los estudios de las ciencias sociales, para enfrentar el determinismo y reduccionismo biológico que sostiene que las mujeres hacen o dejan de hacer cosas debido a su condición biológica (Delgado, 2017).

En esa línea, Lamas (2013) expone que el género se usa dentro de la academia

feminista para distinguir lo biológico de lo cultural. Cuando se habla de género, se hace referencia al 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, en las que se define la división sexual del trabajo, rituales, el ejercicio del poder, y actividades exclusivas para uno y otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad, entre otros.

Mientras que por otro lado, el sexo es ese conjunto de características biológicas, anatómicas y sexuales que se le asignan a dos géneros establecidos normativamente: el masculino y el femenino. Así, el sexo hace referencia a las diferencias sexuales en función de la anatomía, mientras que la categoría género alude al conjunto de características y comportamientos, como a los roles, funciones y valoraciones impuestas dicotómicamente a cada sexo (Facio, 2005).

Dicho lo anterior, el género refiere al conjunto de creencias, prácticas, normas sociales, conductas y roles, que desde temprana edad son atribuidos dicotómicamente a hombres y mujeres para dar sostenimiento a un sistema cultural e histórico basado en la diferencia sexual.

Al revelar que las diferencias entre los sexos no son más que diferencias construidas a lo largo del tiempo y por tanto, no son inherentes o innatas, la categoría permite a su vez, realizar una lectura distinta sobre las relaciones humanas. Scott (2008) afirma que el género surge de los errores y vacíos en la teoría social en relación a explicaciones sobre las desigualdades de género, que permitió a las feministas contar con una voz teórica propia.

En consecuencia, el género es una categoría de análisis que permite problematizar la supuesta superioridad de un sexo por sobre otro, porqué las oportunidades, los recursos, las expectativas o los proyectos de vida han sido diferenciados entre hombres y mujeres. Así también, permite cuestionar porqué las mujeres han sido relegadas al ámbito doméstico y reproductivo y a los hombres se les ha permitido adueñarse del espacio público y productivo si finalmente esta diferenciación, y con ello, las tareas y actividades que realizan en cada uno de estos espacios, no se debe a predisposiciones biológicas, sino más bien a atribuciones socioculturales.

De este modo, el género se vuelve un concepto relevante que posibilita analizar fenómenos sociales, donde bajo una aparente normalidad se esconden relaciones desiguales que favorecen a ciertos grupos de personas. En ese sentido, es necesario comprender que las condiciones de las personas son producto de factores sociales, económicos, políticos y culturales, en las que además del género, se deben tomar en cuenta otras variables como la edad, raza, orientación sexual, nivel educativo, religión, entre otros, pues influyen en las vivencias que cada persona pueda experimentar.

3.1.2 Construcción social del género: los cuidados y la identidad femenina

Tomando en cuenta que los roles sociales son asignados a las personas de acuerdo a la relación sexo-género para el mantenimiento de un orden político, económico y social, no se puede perder de vista entonces, que son el resultado de construcciones socioculturales.

A través de procesos de socialización, mediante la vida familiar, la educación, la religión y los Estados se reproducen imágenes preconcebidas sobre lo que las personas

deberían de hacer y ser. Es a través de estos procesos que se reproducen las estructuras políticas, mentales, de comportamiento y de poder que mantienen los roles asignados a cada persona.

De acuerdo con Berger y Luckmann (2008), los individuos atraviesan dos etapas de socialización. La primera se desarrolla en la niñez y es el momento en donde se internalizan conocimientos del mundo social que se presentan ante el individuo como objetivos, a la vez que se aceptan roles y actitudes de los otros, que incluso llegan a hacerse propias. Posteriormente, está la socialización secundaria, en donde se conocen otros submundos, por ende, otros roles y actitudes distintos o similares a los que se conocieron en la primera socialización.

Desde una perspectiva de género, ambos procesos de socialización afianzan los roles y estereotipos en torno al género, esto significa que a partir del binarismo mujer-hombre, las personas aprenden qué es lo que se espera de ellas en función del género asignado al nacer. Es así como en la infancia es posible que a las niñas se les trate suavemente, de forma tierna y cariñosa, también se les promueva juegos de té y de muñecas, en cambio a los niños se les fomenta juegos bruscos y de acción en donde tengan que probar su valentía, a la vez que se les prohíbe llorar o expresar sus emociones (Delgado, 2017). Estos juegos se convierten en un mecanismo importante para transmitir a niños y niñas, las actividades y responsabilidades que se espera puedan asumir en su vida adulta vinculados directamente con los roles de género.

Asimismo, “después de establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ésta

se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias” (Lamas, 2013, p.113).

En ese marco, el género es una construcción social, pues a lo largo del tiempo ha asignado expectativas, significados y oportunidades de manera diferenciada para cada uno de los sexos, en razón de diferencias creadas socialmente y reforzadas mediante la ideología patriarcal.

En el sistema patriarcal, el mecanismo legitimado para condicionar las tareas y espacios de acceso de mujeres y hombres es la división sexual del trabajo, la cual establece las tareas y actividades propias de mujeres y hombres tomando como base las características sexuales y físicas de las personas, delimitando así el acceso al trabajo bajo aparentes diferencias naturales (Lagarde, 2015). Por medio de esta división se configuran pautas, normas de conducta, significados, estilos de vida, percepción de la realidad y acceso a los recursos de manera segmentada, que son percibidas como inamovibles.

Se puede decir entonces que la división sexual del trabajo es la base mediante la cual se afirman las diferencias establecidas en razón del género. Lamas (2013) indica que la división sexual del trabajo, mediante procesos simbólicos da forma al género y establece que las mujeres deben encargarse de la reproducción y el cuidado constituyendo así, uno de los pilares fundamentales de la identidad femenina:

[...] se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos, y por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público (p. 114).

Desde este punto de vista, al género femenino se le asignaron actividades exclusivas al ámbito doméstico y reproductivo bajo argumentos esencialistas. Básicamente se les ordenó encargarse de la vida doméstica debido a su capacidad reproductiva, o en otras palabras, debido a que son ellas quienes físicamente tienen la capacidad gestante.

Se trata de una imposición en razón de sus características biológicas, en la que se espera que las mujeres se dediquen a las tareas relacionadas con el cuidado de la familia y la comunidad.

De acuerdo con Izquierdo (2003), esta es una noción autoritaria, pues se espera que las mujeres asuman el papel de ama de casa dentro de la familia nuclear, lo que implica su muerte social y civil, y quienes no tengan una familia no tienen quien se ocupe de ellas. Por otro lado, las mujeres que deseen participar del espacio productivo se enfrentarán a la mal llamada conciliación entre la vida familiar y laboral.

Esta estructura de la sociedad genera condiciones de desigualdad para las mujeres, pues en los espacios familiares se espera que sean ellas quienes asuman los cuidados de los y las menores de edad, de las personas mayores, personas con discapacidad, o quienes enferman, casi de manera obligatoria y sin importar si la mujer posee otras responsabilidades fuera del hogar, o incluso están enfermas y son ellas quienes requieren de cuidados.

Precisamente, a las mujeres que se les practica una histerectomía se les recomienda reposo durante aproximadamente 6 semanas (Saldivar, 2013), tiempo en que deben reducir al mínimo su trabajo y las tareas del hogar, de modo que puedan obtener una adecuada recuperación postoperatoria. Sin embargo, algunas mujeres al no contar con redes de

apoyo, así como tampoco de recursos económicos, se ven obligadas a anticipar su incorporación en las tareas domésticas, las actividades de cuidado y en sus espacios laborales.

Debido a la discriminación en razón de género, existen condiciones particulares de las mujeres en el ámbito laboral, como lo son un menor acceso al trabajo, brechas salariales, menor presencia en puestos de alto cargo (segregación vertical), mayor presencia en ocupaciones consideradas como femeninas (segregación horizontal), es decir aquellas que extienden las labores domésticas y de cuidado al espacio laboral (Álvarez y González, 2005).

Por este motivo, las mujeres se han visto obligadas a realizar esfuerzos dobles en el mundo laboral en comparación a los hombres. Cualquier variación en relación a su desempeño en el trabajo, puede generarles consecuencias perjudiciales para ellas y sus familias. Desde ese punto de vista, atravesar una cirugía implica ausentarse por una determinada cantidad de tiempo en el trabajo, supone además una disminución de actividades y tareas que requieran un esfuerzo físico importante, situación que puede generar una amenaza sobre la situación laboral de la mujer.

Por otra parte, el trabajo doméstico se trata de un trabajo, cuyo valor no es mercantil. No existe un intercambio monetario por su realización, pero lo cierto es que posee un valor presente en las relaciones que genera y que permiten la reproducción de la vida.

De acuerdo con Carrasco (2006), el trabajo doméstico, no solo implica la realización de tareas puntuales como lavar, planchar, cocinar, entre otras, sino que cuenta con aspectos subjetivos que les son propios y que tienen que ver directamente con la relación que se

produce a través de los cuidados, el bienestar y la calidad de vida, aspectos fundamentales para que la vida continúe.

De esta manera, se debe hablar de trabajo doméstico y de cuidados, con las dos palabras juntas, para señalar que las tareas y actividades vinculadas a éste poseen aspectos afectivos, tipos de relaciones y prácticas llevadas a cabo mayormente por mujeres, que generan un valor distinto al trabajo productivo del modelo masculino.

Estas formas de relacionarse con los otros, a partir de la realización de tareas domésticas y de cuidados forman parte de la identidad de género de las mujeres. De acuerdo con Delgado (2017) la construcción tradicional del género femenino determina que los roles que debe asumir la mujer como parte de su identidad representen los intereses de otros: la pareja, los hijos/as, la madre, el padre, y otras personas, incluso aunque no tenga descendencia, de manera que su función social se determina en el ser y estar para otros, lo cual conlleva responsabilidades que truncan el propio desarrollo personal.

En pocas palabras, las mujeres definen principalmente su identidad en función de su relación con los otros. De manera que su identidad, toma forma a partir de lo que pueda aportar en favor de las necesidades del hombre y su familia (Alvarenga, 2012). Por tanto, son reconocidas como “la pareja de”, “la esposa de”, “la madre de”, “la hija de”, “la hermana de” y pocas veces se les valora o reconoce por sus propios logros o atributos, o bien estos quedan en segundo plano.

La imposición de las identidades de género genera efectos significativos en la vida de las personas, pues se encuentran implantadas en “todo un sistema de dominación... para mantener y reproducir los privilegios de aquellos que lo dominan” (Facio, 2005, p.23). De

esta manera, mujeres y hombres están bajo la constante mirada social que sanciona o aprueba, lo lejos o cerca que estén del rol socialmente asignado desde muy temprana edad.

Así, es común que en el imaginario social se crea que las mujeres poseen un instinto maternal, que son cuidadoras por naturaleza, que son sensibles, débiles, sumisas, que deben convertirse en buenas madres y esposas, que son más bien caseras y también irracionales pues se dejan guiar por los sentimientos.

Esta condición del género las limita en cuanto a sus capacidades, habilidades, expectativas de vida y la forma en que se puedan desenvolver en distintos espacios. Lagarde (2015) lo describe muy bien cuando argumenta que todas las mujeres están cautivas por su condición de género en el mundo patriarcal. El cautiverio caracteriza a las mujeres porque han sido privadas de autonomía vital, de independencia para vivir, de la posibilidad de escoger y de la capacidad de decidir sobre hechos fundamentales de sus vidas y el mundo; están subordinadas al poder y sujetas al cautiverio y de su particular situación, donde se les obliga a cumplir con el deber ser femenino concretado en vidas estereotipadas sin alternativas.

Por esta razón, la identidad de género femenina tradicional o hegemónica dificulta el desarrollo social, profesional y personal de las mujeres. Muchas mujeres se ven forzadas a desarrollar estilos de vida culturalmente aceptables para su condición de género, realidad que las somete, porque limita las posibilidades de construir vidas a partir de sus propios deseos personales.

Ahora bien, a pesar de que existen mecanismos para que las personas se apeguen a las estructuras establecidas, es cierto también que pueden romper con los patrones

establecidos. Así, aunque la socialización primaria impacta gran parte de lo que es el individuo y lo que éste crea es real, conforme avanza el tiempo puede llegar a ponerse en duda, produciendo un problema de coherencia entre las internalizaciones originales y las nuevas (Berger y Luckmann, 2008).

De manera tal que las identidades de género, si bien se aprenden desde los primeros años de vida, convirtiéndose en estructuras consolidadas y legitimadas, estas no son inamovibles. La socialización secundaria y las experiencias en la edad adulta, pueden transformar los pensamientos inculcados. Por tanto, los roles y las actividades impuestas a cada uno de los géneros también pueden ser modificadas.

Lo anterior puede darse en mayor o menor medida en cada una de las personas. Si se piensa en las mujeres como grupo, todas comparten la misma condición histórica, pero diferente en cuanto a sus situaciones de vida y en los grados y niveles de opresión (Lagarde, 2005). Así, aunque compartan las mismas obligaciones en razón de su género, cada una posee un contexto particular, una historia de vida única, además de condiciones que las atraviesan como su nivel educativo, estrato socio-económico, edad, características geográficas, raciales, orientación sexual, entre otros.

3.2 Las mujeres con histerectomía en el ámbito de la salud

Tomando en cuenta los objetivos propuestos de la investigación, el interés de este apartado es enfatizar cómo el género es un determinante importante sobre el ámbito de la salud, en tanto genera condiciones específicas para hombres y mujeres. Asimismo, se dará especial énfasis a las condiciones de salud a las que se enfrentan mujeres que deben someterse a una histerectomía.

Los estados de salud y bienestar de las personas, si bien son dados por una serie de factores de tipo económico, político, social, cultural y educativo, gracias a los estudios feministas se ha evidenciado que el componente género, genera diferencias significativas en cuanto a la atención, el acceso, la prevención, las enfermedades y sus mecanismos de afrontamiento y sobre la gestión de la salud en general.

Específicamente en la esfera de la salud las condiciones de desigualdad para las mujeres tienen como origen una serie de factores, entre ellos a las condiciones de desempleo y pobreza que impiden su capacidad de cobertura en seguridad social, a la asignación de la responsabilidad exclusiva del trabajo doméstico y de cuidados sobre los grupos familiares, al despojo de sus conocimientos en los círculos médicos, al poco interés de parte de los científicos en estudiar los problemas que aquejan a las mujeres en este ámbito y en general a los estereotipos de género.

Para comprender lo anterior es importante retroceder un poco hacia atrás y resaltar que, en el proceso de consolidación de la ciencia como disciplina legitimada se da un fenómeno importante y es el desplazamiento del saber femenino. De acuerdo con Blazquez (2008) “la ciencia es un fenómeno cuyos orígenes están marcados por la exclusión femenina, y durante su desarrollo se han producido una gran cantidad de conocimientos cuyos efectos han tenido y tienen enormes consecuencias sobre la vida de las mujeres” (p.14).

Es así, como distintos fenómenos están impregnados de una visión masculina, en palabras de Maffia (2007) expresando un punto de vista androcéntrico, es decir la del varón adulto, blanco, propietario, capaz, que justifica la falta de condiciones indispensables del

resto de sujetos para participar de la producción del conocimiento.

Esta visión androcéntrica está presente incluso en aquellos eventos que afectan directamente la vida de las mujeres. Específicamente la práctica médico-sanitaria se caracteriza, según Esteban (2006) por reproducir sesgos de género, es decir por la perpetuación de ópticas deterministas sobre la realidad de las mujeres que pasan desapercibidas, pero que se presentan como planteamientos científicos y neutrales.

Dicho lo anterior, en la medicina así como en la ciencia en general, se instaló un saber legitimado que es aquel generado por hombres. Son estos quienes históricamente han investigado y teorizado sobre lo que pasa con los cuerpos de las mujeres, mientras que los conocimientos y experiencias de éstas fueron desplazados y despojados de todo valor. Lo que nos alerta sobre cómo han sido entendidas o más bien incomprendidas, las situaciones y condiciones que presentan las mujeres dentro del área de la salud.

Desde este punto de vista, a continuación se expondrán elementos que caracterizan la manera en que la medicina interviene, construye y se relaciona con los cuerpos de las mujeres histerectomizadas, que a su vez genera dinámicas y prácticas cotidianas en el ámbito de la salud en perjuicio de las mujeres.

3.2.1 La salud y la sexualidad femenina

La sexualidad ha sido teorizada desde diversas disciplinas como la antropología, la sociología, la filosofía y la psicología, por lo que “no es un concepto unívoco, ni acabado, sino más bien un concepto dinámico, polisémico y multidimensional” (Sosa-Sánchez, 2013, 189). Al ser ampliamente estudiada por las ciencias sociales, también permite

obtener una visión amplia sobre sus distintas dimensiones y a la vez sobre sus implicaciones en la vida de las personas.

Para Lagarde (2005), la sexualidad es un fenómeno bio-socio-cultural que incluye a los individuos, a los grupos, a las relaciones sociales, a las instituciones, concepciones de mundo y por supuesto al poder. Por otra parte, para Rosales (2010), la sexualidad es construida a nivel colectivo, pero también en el individual y subjetivo, lo que permite a cada quien ejercer algún nivel de decisión, por supuesto en condiciones delimitadas histórica, social y culturalmente.

Se puede decir entonces que la sexualidad es un fenómeno complejo que se construye tanto de aspectos biológicos como socioculturales. Es dinámica además, porque supone la participación de diversos actores y permite que cada persona defina cómo quiere ejercerla, lo que no significa que en su ejercicio no intervengan relaciones de poder.

Desde una perspectiva de género, la sexualidad se constituye de forma diferenciada para hombres y para mujeres en términos de las prácticas, las normas, las conductas, y en general de lo que se le permite y prohíbe a un género y al otro. Al respecto, Delgado (2017) menciona que “en la sociedad patriarcal y androcéntrica, los hombres requieren tener experiencias sexuales antes de llegar al matrimonio, por el contrario las mujeres deben mantener su virginidad” (p.36).

Lo anterior, es un ejemplo claro de cómo la sociedad patriarcal define mecanismos de control sobre los cuerpos de las mujeres a través del establecimiento de una sexualidad femenina limitada.

De acuerdo con distintas autoras (Lagarde, 2005; Rosales, 2010; Alvarenga, 2012), en el caso de las mujeres, la sexualidad se convirtió en un mecanismo de control sobre sus cuerpos y por ende, sobre sus vidas. Históricamente fue construida para estar al servicio de la reproducción. Así, la maternidad se instaló como un evento obligatorio en la vida de las mujeres a través de mecanismos políticos y culturales, y reproducidos mediante la socialización, en los cuales se hace creer que su valor como mujeres reside ahí.

Es por este motivo que la decisión de someterse a procedimientos quirúrgicos como la histerectomía se torna difícil para muchas mujeres, fundamentalmente por los mitos asociados a la cirugía, la relación con la sexualidad y la imposibilidad de procrear posteriormente, en este contexto, la cirugía es vista como una amenaza que atenta contra su condición de género, su sexualidad y su valor (López, 2004; Chávez, 2007; Cuamatzi y Villela, 2009; Urrutia y otros, 2013).

Esta noción sobre la sexualidad femenina se ha extendido a distintos ámbitos de la sociedad, incluido el ámbito de la salud, donde la atención médica emplea un enfoque biologicista destinado principalmente a examinar los procesos vinculados a la reproducción, tales como la menarquía (primera menstruación), el embarazo, el parto y la menopausia, priorizando así el evento de la maternidad y a la vez invisibilizando otros aspectos como el placer, la exploración, el autoconocimiento, el goce, los afectos, que también forman parte de la sexualidad de las mujeres.

En consecuencia, la experiencia sexual femenina está marcada por diversas manifestaciones de violencia que la mantienen a menudo inseparable de la reproducción, y que no le permiten decidir libremente sobre concepción, anticoncepción, aborto, parto y

crianza de los hijos (Rodríguez, 2004).

De forma paralela, la maternidad se promueve como una obligación y como la única posibilidad de alcanzar el éxito y realizarse como mujeres, de manera que se critica, sanciona y cuestiona a quienes eligen no ser madres, a quienes incluso por diversas razones no pueden a pesar de su voluntad y también a quienes buscan nuevas estrategias para concebir por medio de métodos científicos novedosos (INAMU, 2019).

Independientemente de que se trate de condiciones físicas que no le permitan a la mujer llevar a cabo la reproducción, se le juzga, se le responsabiliza y culpabiliza por sus condiciones como si fuera la única responsable de su destino. Lo cual refleja la existencia de una presión social importante para las mujeres, sus cuerpos y las decisiones que van tomando con respecto a su sexualidad y sus vidas en general.

Debido a esta presión social, cuando una mujer se enfrenta a la histerectomía es probable que la invadan algunos sentimientos y/o sensaciones como el miedo, la incertidumbre o preocupación ante lo que vaya a suceder después de la cirugía. De ahí que sea importante, que las mujeres que se someten a esta intervención puedan contar con información adecuada sobre el proceso y las implicaciones que tendrá tanto a nivel físico como psicológico, de manera que puedan obtener una recuperación más exitosa (López, 2004).

Sin embargo, esto no siempre es así. En ocasiones las mujeres no cuentan con los recursos para poder sobrellevar el proceso de la histerectomía de una forma adecuada, en la cual se puedan disminuir tanto los riesgos físicos como psicosociales que conlleva. En este sentido, es esperable que algunas mujeres cedan en ocasiones ante los mandatos

sociales, las exigencias y opiniones de familiares, parejas, personal médico y otras personas.

Por otro lado, tal como se ha mencionado, debido a que la sexualidad de las mujeres se ha constituido socialmente para la reproducción, se le resta importancia a los efectos que pueda tener la cirugía en su propia intimidad a nivel de las relaciones sexo-afectivas. De este modo, existe una limitación considerable para la mujer en cuanto al contacto y manipulación de su cuerpo, ya que lo desconoce como fuente de placer, lo cual le genera mayores dificultades para acceder al ejercicio pleno de su sexualidad (Castañeda, 2007).

En otras palabras, se ha instaurado una idea de que la sexualidad de las mujeres se debe vivenciar a través de la reproducción, convirtiéndose así en su fin último y alejándola de otras experiencias posibles. A pesar de ello, dentro de la intervención de la histerectomía, un aspecto importante a señalar con respecto a la sexualidad, es el desconocimiento y el miedo que sienten muchas mujeres sobre su vida sexual.

Desde un punto de vista médico, existen diversas afirmaciones con respecto a este aspecto de la sexualidad en mujeres con histerectomía. Por un lado, una de las afirmaciones es que esta cirugía no produce ninguna secuela sobre las relaciones sexuales, por ende no implica el fin de la vida sexual de la mujer. Por otro lado, si se trata de una histerectomía en la cual se extraen los ovarios, la mujer puede presentar una disminución de su deseo sexual, así también la pérdida del útero puede generar efectos en su autoestima que repercutan en su libido (López, 2004).

De esta manera, la salud y la sexualidad de las mujeres con histerectomía se ve afectada no sólo por un tema físico en sí mismo, sino porque encierra aspectos

socioculturales también. La maternidad, la autoestima, el deseo sexual son parte de los elementos que entran en juego al momento en que la mujer deba llevar a cabo esta intervención médica.

3.2.2 Patologización del cuerpo de las mujeres

Algunos de los efectos por los que las mujeres hayan sido excluidas de la producción de conocimiento en la medicina, radica en que los modelos médicos hayan representado sus cuerpos a partir de la patologización, es decir como si los cuerpos femeninos a priori cargaran con enfermedad.

Nuevamente se debe retomar la manera en que se ha desarrollado la medicina, para comprender lo anteriormente mencionado. Al respecto, Harding (1996) argumenta que la ciencia estableció ideas erróneas sobre lo femenino y masculino; entre ellas cuando se descubrió la producción hormonal en los seres humanos se establecieron diferencias, catalogando a la de los hombres como una regulación hormonal estable, mientras que la de las mujeres como una regulación hormonal cíclica, razón por la cual debían ser controladas.

Estas diferencias en relación a la medición de los procesos biológico-corporales, se dieron bajo parámetros presentes en los cuerpos masculinos, de manera que los estándares de normalidad corresponden a las características de éstos, y por ende en contraposición, los procesos biológicos de las mujeres se les tiende a catalogar como alterados o anormales. Bajo esa línea “patologizar cualquier proceso supone establecer una normalidad, y aquello que se salga de ahí se define como anormal” (Blazquez, 2021, p.5).

De acuerdo con Viveros (1995) el parto, el embarazo, la menarquía y la menopausia durante el siglo XIX, fueron percibidos por la medicina como eventos más o menos peligrosos y en general las etapas de vida de las mujeres bajo una serie de dolencias, por lo que se les consideraba como eternas enfermas. Esta premisa también es compartida por Ravelo (1995), quien indica que efectivamente se creía que las mujeres poseían intrínsecamente patologías, por lo que se estableció que sus procesos de salud/enfermedad eran enfermantes en sí mismos e inherentes a éstas.

En otras palabras, para la medicina de la época el ciclo vital de las mujeres se caracterizó por la presencia de eventos patológicos, tanto de aquellos que se relacionan directamente con la reproducción, como también por la aparición de otros malestares y dolencias. De manera que se cree que la vida de las mujeres en general es altamente enfermiza.

Para algunas autoras (Esteban, 2006; Valls-Llobet, 2008), este argumento es reduccionista, pues no incorpora otros elementos al análisis, como lo pueden ser los factores socioculturales y tampoco existe una profundización en términos de investigación científica.

Por otra parte, respecto al segundo punto relacionado con la falta de investigación, cabe recalcar que en la atención sanitaria para el tratamiento y diagnóstico de enfermedades o malestares de las mujeres, se tiende a confundir sus síntomas, minimizarlos o bien no son correctamente diagnosticados y por el contrario frecuentemente son atribuidos a etiología psicológica o psicosomática (Valls-Llobet, 2008). Esto significa que los dolores y malestares de las mujeres no son tomados con la

relevancia que se merece, y se justifican a partir de discursos discriminatorios que responsabilizan a las mujeres prácticamente de imaginar sus propios malestares.

3.2.3 Medicalización de los cuerpos de las mujeres

Paralelamente a la patologización del cuerpo de las mujeres, se presenta un fenómeno denominado medicalización, que también forma parte de las consecuencias de un modelo médico que concibe los cuerpos femeninos como enfermos. En otras palabras, es una forma más de control sobre sus cuerpos.

Cuando se hace referencia al término medicalización, se refiere principalmente al fenómeno que implica la intervención cada vez mayor de los saberes y tecnologías biomédicas sobre los cuerpos de las personas, y que tiene como consecuencia que cualquier situación o condición deba ser patologizada, tratada y controlada (Blázquez, 2021).

En el caso de las mujeres, de acuerdo con Valls-Llobet (2008), esta medicalización tiene tres causas principales: primeramente, la ausencia de las mujeres en los ensayos clínicos, en segundo lugar, la medicalización excesiva de trastornos de la menstruación, la menopausia o la salud mental y tercero, la no asistencia de los procesos biológicos o sociales que sean causa de malestar y fatiga.

Bajo ese punto de vista, gran parte del malestar que pueda ser experimentado por las mujeres durante distintas etapas de su vida, carecen de investigación científica que incorpore, como se ha señalado con anterioridad, tanto elementos biológicos como sociales que brinden una mayor comprensión sobre los motivos por los cuales se originan.

Este contexto se acompaña de la falta de mujeres que sean parte de estudios científicos como participantes e investigadoras, de manera que permitan obtener resultados más acordes con su realidad.

En consecuencia, las condiciones que puedan presentar las mujeres en su vida cotidiana que repercuten en sus estados de salud física y mental así como también de su bienestar en general, como lo pueden ser el cansancio, el estrés, la depresión y algunos dolores físicos o molestias, tienden a ser medicalizados, tratados e intervenidos sin ninguna o poca investigación de parte del personal médico o de salud.

Si se toma en cuenta que en la actualidad las mujeres asumen dobles o triples jornadas de trabajo, ya que se dedican tanto a las tareas domésticas y de cuidado como también al trabajo productivo, es decir aquel que se realiza fuera del hogar y por el cual se recibe una remuneración, se puede comprender por qué las mujeres a diferencia de los hombres presentan determinadas condiciones en términos de salud.

De acuerdo con Castañeda (2007), los roles que realizan las mujeres simultáneamente son una práctica sistemática que afecta en gran medida la utilización del tiempo dedicado al descanso y la recreación individual, lo cual repercute desfavorablemente sobre la salud física y mental (Castañeda, 2007). Por ende, las mujeres son más propensas a padecer un mayor cansancio y estrés mental producto de la carga sociocultural que se le ha asignado en cuanto a los cuidados de otros y al estar para los otros.

3.3 Corporalidad: el cuerpo de las mujeres como práctica socio-cultural y simbólica

En los últimos años los estudios sobre el cuerpo desde las Ciencias Sociales han hecho aportes significativos, pues han argumentado que el cuerpo es un medio a través del cual se generan experiencias a nivel social que son importantes de ser estudiadas.

Para acercarnos al concepto de cuerpo y corporalidad desde las ciencias sociales, primeramente se retomarán los aportes de Douglas (1988) quien afirma que el cuerpo no se constituye únicamente en su carácter físico, ya que posee una dimensión social que lo regula. Cada ser humano posee un cuerpo social y un cuerpo físico a la vez, que están sujetos de un continuo intercambio entre los dos tipos de experiencia. El cuerpo físico se ve modificado por las categorías sociales que conocemos y por ende mantiene una determinada visión de la sociedad, sujeto a muchas limitaciones.

Siguiendo esa misma línea LeBreton (1992), desde un punto de vista sociológico, menciona que el cuerpo es la base de la existencia individual y colectiva, es el eje de relación con el mundo, el lugar y el tiempo, por ende produce sentido continuamente y se inserta activamente en un espacio cultural y social dado.

En otras palabras, el cuerpo es un medio a través del cual se posibilita la relación entre las personas y el espacio sociocultural del que forman parte. Cada persona posee un cuerpo físico y cuerpo social que constantemente interactúan, generando así experiencias tanto individuales como colectivas.

Lo anterior nos lleva a conceptualizar el término corporalidad, el cual:

Alude propiamente a la construcción social del cuerpo, la cual

contiene dos aspectos primarios: la representación personal, es decir, la noción que cada individuo tiene de su propio cuerpo y que puede ser expresada como imagen corporal, experiencia y significados, y el cuerpo como símbolo sociocultural es decir, la noción del cuerpo que domina en la sociedad y en la cultura en un momento determinado (Quijada, 2010, p.46)

En efecto, cuando se habla de corporalidad se hace referencia a una construcción, visión y experimentación del cuerpo, que parte de una construcción socio-cultural pero también de una personal. Esto quiere decir que el cuerpo es un territorio construido tanto subjetiva como socialmente.

A la conceptualización anterior se le debe agregar la perspectiva de género y la teoría feminista en la cual el cuerpo es la base a partir de la cual se crean las diferencias entre hombres y mujeres. Como ya se ha expuesto, diferencias son creadas socialmente a partir de las características sexuales.

En esa línea, Rosales (2010) afirma que el cuerpo se construye en ámbitos históricos y culturales particulares, a través de los cuales se plasman los mandatos sociales, lugar donde se afirma la identidad de género, sexual y personal.

De esta manera, los cuerpos de hombres y mujeres se construyen y caracterizan de una forma determinada en relación a su género, concediéndoles así ciertos atributos de forma generalizada, que a su vez generan expectativas sociales determinadas y formas de experimentar el mundo.

En el caso de las mujeres sus cuerpos, como ya se ha explicado anteriormente, poseen componentes simbólicos relacionados con una sexualidad para la reproducción y desde ahí toman sentido, desde un punto de vista sociocultural que les otorga valor.

Como parte de estos componentes simbólicos que consolidan la identidad femenina se encuentra el útero, órgano que posibilita físicamente la reproducción y simbólicamente la maternidad, por lo que posee un valor social importante. De este modo, aunque la histerectomía ofrece un alivio al malestar, la pérdida del útero a menudo despierta sentimientos inconscientes o conscientes vinculados con su valor simbólico, generando culpa, tristeza, temor o rechazo (Núñez y Vera, 2013).

Las mujeres que deben someterse al retiro de sus úteros, también ven en este procedimiento la pérdida de los roles asignados a las mujeres. De acuerdo con Díaz (2010) las experiencias de las mujeres están ligadas con un cuerpo vinculado social o subjetivamente con la feminidad, la maternidad y la sexualidad, por ende se inscriben psíquicamente como representantes del ser madre, mujer, amada, deseada. Esto significa, que algunas mujeres con histerectomía, pueden percibir la pérdida de sus roles como madres, y también del cariño o el amor que puedan recibir de parte de sus parejas u otras personas al no poder cumplir con el mandato social.

Esto representa una visión idealizada y rígida sobre los cuerpos, ya que no corresponde con la realidad, pues no siempre se cumplen los atributos o características asignadas. Es decir, no todos los cuerpos de las mujeres son iguales, ni tienen la misma posibilidad de realizar las mismas cosas, de sentir lo mismo, de experimentarse de la misma manera o de verse igual, y lo mismo con el género masculino.

De esta manera cuando nos referimos a vivencias corporales, estamos hablando tanto la experiencia que se origina a partir de elementos físicos, sin perder de vista que éstos son influenciados por elementos culturales. De este modo, no existe el cuerpo en un estado natural, siempre está inserto en la trama de sentido, inclusive cuando se establece una ruptura de la relación física con el mundo del actor (dolor, enfermedad, comportamiento no habitual, etc.) (Le Breton, 1992).

Las experiencias corporales no son entonces, una cuestión “pura” y “natural”. A pesar de que éstas conectan a los individuos, en relación física con su entorno, contienen sentidos sociales adquiridos y producidos. Las vivencias que los seres humanos experimentan a través del cuerpo, están contenidas así por una dimensión social y una dimensión física, que no se excluyen, sino que más bien se complementan y dan sentido a los contextos particulares vividos por cada uno de ellos.

4 PROPUESTA METODOLÓGICA

En el siguiente capítulo se expone la estrategia metodológica que se utilizó para el presente estudio. Se detallan elementos claves del enfoque teórico-metodológico más pertinente para el fenómeno investigado, el proceso de selección de las participantes, así como el tipo de estudio, otros aspectos claves del proceso investigativo y condiciones particulares bajo las cuales se desarrolló.

4.1 Tipo de estudio

Esta investigación se enmarcó dentro de un posicionamiento feminista, lo que supuso la aplicación de un método investigativo que, a nivel teórico tomara en

consideración categorías analíticas propias para comprender las relaciones sociales, la distribución de los recursos, las desigualdades y los distintos roles asignados en función del sexo-género. Y a nivel metodológico, que las preguntas, el cómo se investigara y el por qué tuvieran componentes feministas.

Para Bartra (2012) la investigación feminista dentro de las ciencias y las humanidades contiene formas específicas de acercarse a la realidad que le son propias, como su carácter no sexista, es decir que no discriminan en virtud del sexo, y no androcéntrica, es decir que no están centradas en los varones, pero además que reconocen no ser neutrales, a diferencia de cómo se han querido plantear otras teorías científicas, y que por tanto, dichas formas de acercamiento sirven para desarrollar conocimientos nuevos y distintos sobre cualquier aspecto de la realidad, pues toman en consideración cuestiones hasta ahora marginadas o ignoradas.

En ese sentido, resultó de gran importancia realizar esta investigación desde un enfoque teórico-metodológico feminista, pues significó establecer relaciones entre aspectos que en otros enfoques pasan desapercibidos o no son tomados en consideración. La división social del género, por ejemplo, es fundamental dentro de la teoría feminista, dado que pone en evidencia la supremacía del género masculino y su visión respecto a lo social, así como también el rechazo hacia la participación de las mujeres, sus experiencias de vida y sus visiones sobre la vida social, tanto en lo cotidiano como en la producción de conocimiento científico.

El método feminista es así un método no androcéntrico que sirve para acompañar la investigación científica y humanista con la finalidad de construir conocimientos que, en

vez de ignorar, marginar, borrar, discriminar o invisibilizar el quehacer de las mujeres, indaga en dónde están, qué hacen, qué no, y por qué, además de comprender con mayor profundidad el conflicto de los géneros y las relaciones que de ahí brotan (Batra, 2012).

Dicho lo anterior, para comprender las vivencias de las mujeres histerectomizadas se hace necesario colocar sus visiones, sus significados, sus historias de vida y los acontecimientos relevantes para éstas, en una posición central del proceso investigativo. Se trata de reconocer que son ellas mismas quienes en un ejercicio reflexivo personal y colectivo, pueden dar cuenta de su realidad a partir de percepciones propias.

4.2 Enfoque de la investigación

Como bien se dijo anteriormente, la intención permanente dentro del proceso de recolección de la información fue darles un lugar importante a las mujeres, para que de ellas mismas surgieran reflexiones sobre sus vivencias.

En ese caso, lo más pertinente fue emplear un enfoque cualitativo, cuyo énfasis se encuentra en recabar e interpretar a partir de historias, significados y relatos de los actores sociales sobre un fenómeno determinado. La investigación cualitativa rompe con el esquema unidireccional sujeto (el que conoce) –objeto (lo que es conocido), para perseguir más bien una relación sujeto- sujeto en donde el proceso de conocimiento se establece como una relación dialógica (Ríos, 2012).

Las perspectivas, relatos, historias, significados y narrativas de las vivencias corporales de las mujeres histerectomizadas, precisamente tienen un lugar fundamental en este proceso investigativo, pues a partir de éstas se problematiza y se analiza la realidad y

los fenómenos que se dan en ella.

Específicamente, se enfatizó en los significados que las mujeres le otorgaron a su proceso de histerectomía, en relación a las dinámicas cotidianas en las cuales se ven a diario inmersas. La intención fue conocer desde sus perspectivas en qué medida la histerectomía significó cambios en sus relaciones interpersonales, con sus cuerpos físicos y sociales, con sus expectativas de vida, sus tareas cotidianas, en sus lugares de trabajo, sobre la percepción de sí mismas, entre otros.

4.3 Población participante

La población participante de esta investigación fueron mujeres mayores de edad que se sometieron a una cirugía médica llamada histerectomía, en la cual se extirpa el útero (matriz). Para la delimitación geográfica, se determinó trabajar con mujeres que residieran dentro del área metropolitana, ya que de esta forma se facilitaba el proceso de convocatoria y participación durante la fase de recolección de la información (entrevistas y taller grupal), tanto para reunir a las mujeres en un solo lugar, como para la movilización de la investigadora hacia éstas, quien también residía en este espacio territorial.

No obstante, es importante destacar que debido al contexto de pandemia por el SARS-CoV-19, conocido comúnmente como Covid-19 y el cambio de residencia de la investigadora fuera de Costa Rica, el trabajo de campo tuvo que ser desarrollado vía online. Esto representó un reto en la etapa del “trabajo de campo”, tanto para la identificación y búsqueda de mujeres que desearan participar, como también durante la fase de aplicación de entrevistas y taller grupal.

Dicho lo anterior, es importante destacar que realizar el trabajo de campo bajo la modalidad virtual tiene sus pros y sus contras. Entre los aspectos positivos, se puede mencionar que facilita la comunicación a pesar de lo lejos que estaba la investigadora y las mujeres participantes, no hubo que incurrir en gastos de transporte, fue una ventaja en cuanto al tiempo, ya que las participantes no debieron salir de sus casas, lo cual a su vez resultó positivo puesto que se encontraban en un espacio cómodo para ellas, en donde además se les preguntó sobre sus preferencias en cuanto a las plataformas para realizar las video-llamadas, entre ellas: Google Meet, Teams y WhatsApp.

Por otro lado, realizar las entrevistas y el taller grupal de forma virtual, tiene sus contras en tanto no permite desarrollar una mayor socialización entre las mujeres al momento del taller grupal, como sí se diera de forma espontánea o natural cuando estos se realizan de manera presencial. También, en estos casos es importante tener un buen manejo del tiempo por lo que no es recomendable que se extiendan por tanto tiempo, pues puede ser agotador para las personas participantes.

Con respecto a la selección de las participantes, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: mujeres histerectomizadas, mayores de edad, residentes del área metropolitana, que hayan superado su proceso de recuperación física y que tuvieran disposición para participar de la investigación.

No se estableció una delimitación en cuanto a los años transcurridos desde la operación a la fecha de la investigación, por lo que participaron mujeres a quienes se les había realizado la operación varios años atrás. Tampoco fue considerado como criterio de exclusión el haber tenido hijos o hijas biológicas antes de la operación, por lo que

participaron tanto mujeres que habían tenido embarazos, como mujeres que no. Otras condiciones como estado civil, nacionalidad, creencias religiosas, nivel socioeconómico, profesión, no se consideraron como criterios para descartar a las participantes.

Ahora bien, tomando en cuenta que la población meta fueron mujeres histerectomizadas y que sobra decir no es una condición que se pueda ver a simple vista o algo de lo que se hable abiertamente, se tuvieron que poner en práctica una serie de estrategias de búsqueda de participantes, las cuales se podría decir supusieron tres etapas:

- Primera etapa: en primer lugar, se realizó un conversatorio sobre cuidados relacionados con la cirugía, mismo que se compartió en redes sociales y se realizó vía Google Meet. La finalidad del conversatorio era contactar a mujeres que hubieran pasado por esta cirugía y quisieran compartir sus experiencias posteriormente en la investigación. A pesar de que se realizó la convocatoria con anticipación, no hubo una gran cantidad de participantes costarricenses con esta condición que se sumaran al conversatorio. Algunas de ellas querían conocer del tema por familiares y a otras se les había practicado una ooforectomía, es decir la extirpación de uno o ambos ovarios. La mayor parte de las mujeres que participaron eran originarias de otros países latinoamericanos, quienes incluso estuvieron muy anuentes a participar de la investigación.
- Segunda etapa: en segundo lugar, se realizó una búsqueda a través de redes familiares y amistades, para ello se realizó un afiche (se puede ver en los anexos) en el cual se brindó información básica sobre el objetivo de la investigación. Se compartió en grupos de Facebook y WhatsApp. Esto dio

como resultado el contacto con 6 mujeres quienes participaron de la etapa de entrevistas, y solo una no pudo asistir a la segunda etapa, correspondiente al taller grupal.

- Tercera etapa: en tercer lugar, ese mismo afiche se compartió vía correo electrónico a las Oficinas de la Mujer de municipalidades dentro del área metropolitana, así como a fundaciones y organizaciones que trabajan con mujeres, lo que permitió que otras 4 mujeres se interesaran en participar y se pusieran en contacto con la investigadora. De ellas únicamente dos no pudieron participar del taller, pero a todas se les pudo realizar la entrevista. De esta forma, se logró la participación de 10 mujeres en total.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

La recolección de la información se desarrolló en dos etapas distintas de investigación. La primera etapa se centró en la búsqueda y revisión bibliográfica de estudios e investigaciones relacionadas con mujeres histerectomizadas tanto a nivel nacional como internacional, posteriormente se amplió la revisión hacia estudios en Ciencias Sociales sobre experiencias de mujeres vinculadas con sus órganos internos femeninos. Durante esta fase se pudo identificar cuáles eran los tópicos con mayor presencia dentro de las indagaciones respecto al vínculo mujeres-corporalidad-órganos internos femeninos.

Posteriormente, en la segunda etapa se llevó a cabo el trabajo de campo. Se realizó una búsqueda intensa de posibles participantes y se determinó trabajar en base a dos técnicas de recolección de la información: la entrevista y el taller grupal. En ese sentido,

se aplicaron tres instrumentos: 1) un cuestionario (ficha personal), cuyo objetivo principal fue rescatar datos básicos de las mujeres, tales como lugar de residencia, edad, año en que se realizó la cirugía, cantidad de hijos/as, entre otros, que permitieron caracterizar a las mujeres participantes y a la vez disminuir la cantidad de preguntas durante la entrevista, 2) una guía de entrevista, que abordó distintas temáticas relacionadas con las vivencias en relación a la histerectomía y su construcción social de género, y finalmente 3) una guía de taller grupal, elaborada con dinámicas de carácter investigativo para profundizar algunos aspectos que surgieron durante las entrevistas.

La aplicación de estos instrumentos se realizó durante los meses de junio a octubre del 2021, a la hora y fechas de conveniencia de las participantes. A excepción del cuestionario, que se envió mediante correo electrónico para que fuera autocompletado, las entrevistas y el taller grupal fueron aplicados por video-llamadas, como se expuso con anterioridad. Junto con el cuestionario se envió el consentimiento informado días antes de la entrevistas, con una pequeña explicación de cómo rellenarlos y en qué consistían dichos documentos, mismos que fueron posteriormente re-enviados a la investigadora.

Al iniciar la entrevista se le recordaba a la mujer aspectos relevantes del consentimiento informado, como el carácter de confidencialidad, el anonimato, la posibilidad de abandonar el proceso si así lo deseaban, la grabación de la entrevista, entre otros.

Cabe destacar que las entrevistas fueron programadas junto con las mujeres para realizarse en dos encuentros distintos, esto como estrategia de investigación. Al realizar la entrevista de manera segmentada, fue posible revisar cuáles aspectos podrían

profundizarse en un segundo encuentro. Así, se organizaba un primer encuentro en donde se hacían las preguntas correspondientes de la primera parte, y en un segundo encuentro se retomaban temas a profundizar, al mismo tiempo que finalizaba la segunda parte de la misma.

La duración aproximada fue de 1 hora por cada encuentro, lo que significa un total de 2 horas de conversación en promedio por cada mujer entrevistada. Únicamente 3 de las 10 mujeres entrevistadas manifestaron su dificultad para reunirse dos veces, por lo que en estos tres casos se realizó la entrevista en un solo encuentro, cuya duración fue de una hora aproximadamente.

En cuanto al taller grupal, éste se realizó a una hora negociada con las mujeres, se les consultó con anterioridad la hora y el día de la semana de mejor conveniencia, y se realizó vía Google Meet con una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos, contando con la asistencia de 6 mujeres en total.

Días antes de la fecha del taller, se coordinó la entrega de un “kit” de materiales de para que las mujeres pudieran realizar las dinámicas planeadas durante el taller. Entre los materiales entregados se encontraban: hojas, lápices de colores y además, algunos insumos como agradecimiento de su participación, tales como incienso y un separador de libros con frases de empoderamiento femenino para cada una de las mujeres.

4.4.1 El cuestionario

El cuestionario es un instrumento que posibilita recopilar la información a través de una serie de preguntas, las cuales pueden ser abiertas o cerradas. Se utiliza para recabar

información de una o más variables a medir y por lo general incorporan preguntas de tipo demográficas o de ubicación del participante encuestado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Precisamente, el propósito del cuestionario elaborado era obtener aspectos demográficos, es decir una caracterización básica de la población que iba a ser entrevistada. A través de su uso se logró descartar algunas mujeres que habían querido participar, pero no cumplían con los requisitos de inclusión, permitió afinar algunas de las preguntas de la entrevista dependiendo del caso de cada mujer y permitió saber de antemano algunos datos de la participante antes de ser entrevistada, obteniendo así una mejor comunicación desde el inicio de la entrevista.

Para este caso, se construyó un cuestionario con un total de 17 preguntas, de las cuales 15 correspondía a preguntas cerradas de tipo demográficas (edad, nivel educativo, estado civil, cantidad de hijos, tipo de seguro social, entre otros) mientras que 2 preguntas fueron abiertas, en las cuales se les preguntaba a las mujeres por la conformación de su grupo familiar, así como también sobre los motivos por los cuales tuvieron que someterse a la histerectomía.

Este cuestionario fue auto-aplicado por las mujeres, esto significa que ellas mismas debían registrar las respuestas. Se les envió el cuestionario vía correo electrónico con una pequeña introducción, el propósito de las preguntas y datos de contacto de la investigadora en caso de dudas o preguntas. Para Hernández, Fernández y Baptista (2014) uno de los retos de este tipo de aplicación de cuestionarios es lograr que los participantes devuelvan el cuestionario contestado completamente. No obstante, en este caso, del total de las 10

participantes, solo dos requirieron ayuda para completarlo debido a la falta de un computador, las demás re-enviaron su cuestionario con la totalidad de las preguntas contestadas.

4.4.2 La entrevista

Se consideró la implementación de la entrevista semiestructurada como una de las técnicas de recolección de la información más adecuadas para este análisis, pues permite una mayor flexibilidad al momento de indagar sobre las vivencias de las mujeres participantes.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), “las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p.403). En ese sentido, una de las particularidades de este tipo de entrevistas es que se elabora una guía de preguntas que no son rígidas, por el contrario permiten ir agregando otros temas a lo largo de la conversación, que puedan resultar importantes para el o la investigadora.

Otras de las características de este tipo de entrevistas es que permite que las preguntas y el orden en que se hacen se adecuen a los participantes, además, se da en un contexto más amistoso y anecdótico, puede efectuarse en varias etapas y las preguntas por lo general son abiertas de tal manera que se obtengan perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Este carácter de flexibilidad es lo que se buscaba al momento de las entrevistas. La idea era generar un espacio de conversación en el cual las mujeres se sintieran a gusto y lo más cómodas con respecto a las preguntas que se les iba haciendo en relación a sus experiencias, respetando además sus visiones y opiniones personales y a la vez realizándola en dos momentos distintos, de manera que se pudiera profundizar en una segunda parte algunos temas y finalizar el resto de preguntas.

Así, se diseñó una guía de entrevista con un total de 26 preguntas referentes a los objetivos específicos 1, 2 y 3, mismas que fueron agrupadas por objetivo y subtema de la siguiente manera:

- * **En la primera parte de la entrevista:** se realizaron preguntas referentes a los objetivos número 2 y 3, acerca de las vivencias corporales de las mujeres vinculadas a la histerectomía y los significados atribuidos a esas vivencias. Las preguntas fueron divididas en subtemas relacionadas con: salud, rutinas y cuidados, redes de apoyo, cambios después de la cirugía a nivel físico y personal, sensaciones, sentimientos y preocupaciones en relación a la cirugía. En esta parte se buscaba principalmente identificar y conocer las percepciones de las mujeres respecto a la histerectomía, las concepciones sobre salud y enfermedad, cómo se habían enfrentado a la cirugía y qué tanto les había afectado o no en su vida cotidiana, en la relación con otras personas y con ellas mismas.

- * **En la segunda parte de la entrevista:** se abordó el objetivo número 1, el cual hace referencia a la construcción social del género. Las preguntas se agruparon en dos subtemas: socialización y roles de género, e identidad femenina. En esta

sección se realiza un acercamiento a la vivencias de las mujeres desde la niñez hasta la etapa adulta, relacionadas con los aprendizajes sobre temas corporales y de la sexualidad, así como también referentes a aspectos de la construcción de su identidad de género y sus formas de vivenciarla. Asimismo, en algunos casos se formularon nuevas preguntas para profundizar puntos de la primera parte, tal como se explicó con anterioridad.

4.4.3 El taller grupal

Dentro de las técnicas de recolección de la información de carácter grupal, podemos encontrar los talleres. Éste se transforma en un espacio para compartir las distintas opiniones que tiene un grupo de personas sobre un tema en particular. La participación activa de cada persona participante es fundamental, pues a partir de sus reflexiones, puntos de vista y experiencias se enriquece la información de lo que se está investigando.

De acuerdo con Quiroz, Velásquez, García y otros (2002) el taller, es una técnica interactiva de investigación social cualitativa en la que se arma un proceso de construcción grupal de conocimiento, donde cada persona aporta desde sus capacidades, sus experiencias y sus particularidades, basado además en la promoción de la escucha, la recuperación de la memoria, la visibilidad de saberes, relaciones y sentidos.

Una vez finalizada la etapa de entrevistas, se convocó a cada una de las mujeres entrevistadas a participar del taller grupal. Para ello, primero se consultó sobre los horarios más convenientes y la plataforma digital preferida de las mujeres. Finalmente por mayoría, se realizó a un horario en el que pudieron asistir 6 de las 10 mujeres entrevistas en un inicio, por medio de la plataforma Google Meet.

Contó además con la asistencia de una de las lectoras de esta investigación, a modo de apoyo, principalmente para tomar precauciones en caso de la caída del internet o algún otro inconveniente. Su duración fue de una hora y media aproximadamente, en las cuales se ejecutaron dos dinámicas o actividades reflexivas referentes al objetivo 1 y 2 de la investigación. A grandes rasgos se intentó profundizar sobre la percepción y los significados del cuerpo de las mujeres histerectomizadas, tanto a nivel socio-cultural como personal.

Dichas actividades fueron desarrolladas de la siguiente manera:

- * **“Cuerpos Collage”**: se diseñó un collage² (conjunto de imágenes relacionadas entre sí), a partir de información previamente recabada en la etapa de entrevistas. A partir de este collage las mujeres debían responder las siguientes preguntas: ¿Cómo percibo mi propio cuerpo? ¿Cómo perciben mi cuerpo los otros? ¿Cómo se perciben los cuerpos de las mujeres en la religión, en la salud, en la familia, en la pareja, en la sociedad en general? Para lograr tener acceso a las respuestas, se utilizó una herramienta interactiva utilizada en presentaciones virtuales llamada “Mentimeter”, la cual posibilita la recolección y sistematización de datos. El procedimiento consistía en que a las mujeres se les enviaba un enlace a sus WhatsApp para que pudieran acceder a la aplicación y registrar cada respuesta de forma anónima. Una vez que finalizaban, se podía visualizar en la pantalla de cada participante, todas las respuestas y se eran leídas por la investigadora para así abrir el espacio de reflexión y compartir las distintas

² Se puede ver imagen del collage en el apéndice no. 4 al final del documento.

opiniones respecto a las maneras de concebir los cuerpos femeninos.

- * **“Cartografía corporal”:** En la segunda actividad se les solicitó a las mujeres realizar un dibujo de sí mismas, para ello debían incorporar a éste una serie de aspectos del color indicado por la investigadora, de manera que luego pudiera servir para el análisis. Por ejemplo: la parte que más le gusta (rojo), la que menos gusta (naranja), la parte del cuerpo que cuidó más después de la cirugía (verde), entre otros. A través de este ejercicio se buscaba profundizar respecto a la manera en que las mujeres se relacionan con sus cuerpos. Una vez que las mujeres terminaban su dibujo, se les abrió el espacio para compartir sus respuestas, la manera en que se sintieron realizándolo, comentar si fue un ejercicio de bajo, media o alta dificultad, y compartir experiencias relacionadas con la histerectomía.

Se puede destacar que el taller investigativo fue un espacio de conversación en el cual las mujeres pudieron reafirmar e intercambiar opiniones, significados y experiencias sobre la histerectomía. Funcionó como una instancia en la cual pudieron conocer y expresar sentires sobre la manera en que eran intervenidos los cuerpos de las mujeres en el ámbito de la salud y cómo son reprimidos a nivel sociocultural.

Por otra parte, el taller permitió que las mujeres que no habían tenido una experiencia tan compleja con su histerectomía, pudieran conocer aquellos casos en los cuales si había sido un proceso dificultoso, largo y lleno de intervenciones. De esta manera, se dio a conocer los distintos niveles de complejidad en términos de intervenciones médicas, trato de parte del personal de salud, toma de decisiones y de contextos particulares, que

enriquecieron no solo la investigación, sino también la visión de las mujeres sobre el fenómeno.

En ese sentido, durante el taller las mujeres reafirmaron la importancia que tiene su autonomía corporal, la necesidad de poder decidir libremente sobre la forma en que desean gestionar no solo su salud, sino su vida en general, así como también la relevancia que tienen los cambios socioculturales sobre la manera en que son socializadas las niñas y adolescentes sobre su sexualidad y sus cuerpos.

Finalmente, es importante recalcar que a todas las mujeres participantes se les envió un set de materiales para realizar las actividades del taller días antes, así como un recuerdo en agradecimiento por su participación y disposición.

4.5 Procesamiento y análisis de la información

El análisis de la información recopilada mediante las diferentes técnicas de investigación utilizadas como: las entrevistas personales, el cuestionario y el taller grupal, se procesó en distintas etapas de la investigación.

En primer lugar **el cuestionario** enviado a cada una de las mujeres participantes se envió mediante correo electrónico, como se mencionó con anterioridad, y una vez que la mujer lo enviaba con sus respuestas a la investigadora antes de su entrevista, se traspasaba esta información, referente a datos sociodemográficos de las mujeres, en una hoja de Excel. En dicha hoja de cálculo se registraron así: edad de la mujer, provincia de residencia, año en que se realizó la histerectomía, número de hijos o hijas biológicas, motivo de la realización de su histerectomía, entre otros.

Lo anterior, permitió llevar un registro y conteo rápido sobre información general y básica de este grupo de mujeres. En este sentido, saber cuál fue el motivo que mayormente se repetía para realizar la cirugía, quien era la más joven o mayor del grupo, cuáles eran sus niveles educativos, entre otros.

Paralelo a esta tarea de registro de información básica, se realizaban **las entrevistas**, las cuales se hicieron a través de Google Meet y se grabaron con el consentimiento de las participantes. Como se detalló con anterioridad, la entrevista fue pensada para ejecutarse en dos momentos distintos, de manera que la transcripción también se realizó en dos partes en un solo documento Word.

El procedimiento de las entrevistas fue estructurado de esta manera, porque el objetivo era poder escuchar y transcribir la primera parte de la entrevista, y así en un segundo momento de encuentro con la mujer, poder profundizar sobre algunos aspectos que como investigadora podrían resultar relevantes, o bien resolver algunas dudas que quedaron del primer encuentro de entrevista.

Una vez finalizado el segundo momento de la entrevista, se terminaba la transcripción textual de cada participante. Para realizar dicha transcripción se utilizó un software llamado “Sound Organizer”, el cual permite importar archivos en formato audio y manejar su reproducción, como por ejemplo retroceder el sonido, reproducirlo más rápido, entre otras funciones, lo cual facilitó el proceso de transcripción.

Una vez transcritas las 10 entrevistas, se realizó **el taller investigativo** el cual fue grabado con el consentimiento de las mujeres y cuyo enfoque giró en torno a los objetivos 1 y 2. Este taller se realizó en modalidad virtual, a través de Google Meet y contó con la

asistencia de 6 de las 10 mujeres que formaron parte de la investigación.

Para realizar de una mejor manera la recopilación de la información durante esta fase, se utilizó una aplicación, como se mencionó con anterioridad llamada “Mentimeter”, la cual permite llevar un registro de respuestas sobre las preguntas que se llevan a cabo. En ese sentido, al finalizar el taller además de contar con la grabación del mismo, también se pudo descargar de esta app³ y en formato PDF las respuestas que las mujeres habían entregado en cada una de las dinámicas realizadas.

Finalmente, se llevó a cabo el análisis de la información y los datos obtenidos durante las distintas etapas del proceso investigativo, el cual consistió primeramente en levantar los tópicos más importantes, es decir más repetitivos, tanto de las entrevistas como del taller investigativo e ir agrupándolos de acuerdo a los objetivos propuestos. En base a este ejercicio se fue construyendo la redacción del documento final y se fueron contrarrestando los distintos puntos de vista de las mujeres, que en algunos puntos coincidían y en otros no tanto, como se verá en el apartado de Análisis de los Resultados.

³ Abreviatura de la palabra application, que en español es aplicación. Las app son aplicaciones informáticas que se utilizan en dispositivos móviles.

4.6 Cuadro de operacionalización de las variables

Dimensión	Variables o categorías de análisis	Indicadores de sentidos
Construcción social del género en relación al cuerpo femenino	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización primaria • Socialización secundaria • Identidad de género 	<ul style="list-style-type: none"> • Concepciones sobre la sexualidad femenina. • Aprendizajes sobre la gestión del cuerpo y sus procesos sociobiológicos. • Aprendizajes sobre los roles de género • Aspiraciones personales
Vivencias corporales	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo físico • Cuerpo social 	<ul style="list-style-type: none"> • Prácticas en torno a la gestión de la salud • Historial médico • Sensaciones corporales experimentadas • Concepciones sobre bienestar, salud y enfermedad. • Vivencias en torno al diagnóstico y experiencia de la cirugía • Vivencias relacionadas con la recuperación • Redes de apoyo
Significados	<ul style="list-style-type: none"> • Significados sobre la histerectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos y emociones que emergen. • Efectos físicos y psicosociales de la cirugía. • Impacto en la vida cotidiana, la dinámica familiar, la vida laboral, las relaciones interpersonales. • Auto percepción • Proyectos de vidas.

5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los principales resultados producto del cuestionario, las entrevistas y el taller grupal ejecutados. Por razones de orden, estos fueron organizados en base a cada uno de los objetivos específicos, de los cuales se desprenden distintos ejes temáticos. Asimismo, aparece una caracterización del grupo de mujeres participantes, con el fin de tener una visión sobre ciertas condiciones relevantes de las mismas.

Primeramente se expone la caracterización de las de mujeres participantes, después se abordan los aspectos relevantes sobre la construcción social del género a lo largo de sus vidas, desde la niñez hasta la etapa adulta, seguidamente un sub-apartado acerca de las principales vivencias vinculadas con la histerectomía y por último, se hace referencia a los significados otorgados a las vivencias corporales.

5.1 Caracterización de las mujeres participantes

Mediante la aplicación del cuestionario corto se logró obtener una serie de datos que permitieron caracterizar a las mujeres participantes e identificar así similitudes y diferencias. En ese sentido, del total de las diez mujeres entrevistadas, seis residían en la provincia de San José y cuatro de ellas en la provincia de Heredia; poseían entre 34 años a 61 años de edad.

En cuanto al periodo en que se realizaron la histerectomía, se puede decir que la operación más antigua se hizo en el año 1996 y la más reciente en el año 2019. Más de la mitad de las mujeres está casada en la actualidad con la misma persona que cuando tuvieron que enfrentar la cirugía, mientras que cuatro de las mujeres estuvieron solteras durante este

periodo, condición que solamente cambió para una de ellas. Esto significa que una de las mujeres logró establecer una relación de pareja posterior a la cirugía.

Asimismo, de las seis mujeres que se encuentran casadas, solamente una no tuvo hijos antes de someterse a la cirugía, por otro lado, de las cuatro mujeres solteras, únicamente 1 tuvo hijos antes de la cirugía. En otras palabras, de las diez mujeres entrevistadas, un total de cuatro mujeres no tuvieron hijos antes de la histerectomía, mientras que seis de ellas sí.

Respecto al nivel de escolaridad, un total de nueve mujeres contaba con estudios universitarios y solamente una había alcanzado terminar la secundaria. Esta última es cocinera, y entre quienes habían accedido a la educación superior se encontraban ingenieras, maestras, sociólogas, administradoras y periodistas.

Por otra parte, en relación a la cobertura en el sistema de salud público, encontramos que del total de las 10 mujeres entrevistadas, al momento de la cirugía solamente 2 de ellas no se encontraban aseguradas por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), lo que quiere decir que la gran mayoría, un total de 8 mujeres, sí contaba con éste. Se puede decir que esto se debe a que las mujeres de este estudio en su mayoría son profesionales y contaban con un trabajo remunerado el cual les permitía acceder a la atención de salud pública.

A pesar de lo anterior, cabe señalar que tres mujeres que contaban con seguro de la CCSS decidieron realizar su cirugía en un hospital privado, de acuerdo a sus entrevistas por un tema de rapidez, comodidad y de recursos económicos que se los permitieron. Mientras que de las 2 mujeres que no contaban con el seguro social, 1 se realizó la cirugía en una clínica privada y la otra viajó a Nicaragua a realizarla, debido a que es oriunda de este país y logró realizarse su cirugía en un hospital público nicaragüense.

En cuanto a los motivos para realizarse la cirugía, todas las mujeres destacaron la cantidad y el tamaño de miomas que se les había formado (tumores que crecen en el útero). Estos miomas les provocaban distintas complicaciones, entre ellas: dolores pélvicos fuertes, abundantes sangrados, anemias y desmayos. Ahora, si bien las mujeres se tuvieron que someter a la cirugía debido a estas dolencias, la magnitud de la cirugía varía dependiendo del grado de malestares de cada una.

Según la información suministrada en el cuestionario corto auto aplicado, a 1 mujer se le realizó una histerectomía parcial (retiro de la parte superior del útero), a 6 mujeres se les realizó una histerectomía total (retiro del útero y cuello del útero), y por último a 3 mujeres les aplicaron una histerectomía radical (extracción de útero, cuello uterino y ovarios). Como se verá en páginas siguientes, es importante destacar la magnitud o tipo de cirugía, ya que es un factor que influye en la manera en que las mujeres enfrentan la cirugía, así como los grados de dificultad en cuanto a recuperación y adaptación sociocorporal.

La adaptación sociocorporal tiene que ver con la forma en que las mujeres se adaptan a ese “nuevo cuerpo”, que trae consigo no únicamente transformaciones a nivel físico, sino que también implica enfrentarse a nuevas experiencias como mujeres con un cuerpo que no les permite cumplir con uno de los mandatos sociales al género femenino, así como otros miedos y expectativas sobre su identidad como mujeres.

Por último, con el objetivo de poder seguir una narrativa continua de cada una de las mujeres, a continuación se presenta un breve resumen descriptivo de algunos elementos claves de éstas y sus procesos de intervención. Asimismo, es importante señalar que los nombres utilizados son ficticios a modo de conservar el anonimato de las participantes:

- Erika: se le realizó su cirugía en el año 2019 cuando tenía 32 años y es la más joven del grupo. Erika es geógrafa de profesión, estaba empleada al momento de su cirugía, no había tenido hijos o hijas y tampoco tenía pareja. Erika viene de una familia monoparental, fue mayormente criada por su madre y solo tiene un hermano. Su histerectomía fue radical, por lo que hoy día debe tomar estrógenos que le ayudan a regular sus hormonas. Tanto su cirugía, como los procedimientos médicos que tuvo que llevarse a cabo, fueron efectuados en un hospital privado del país.
- Flor: doña Flor tiene 47 años de edad, es oriunda de Nicaragua y tiene 15 años de vivir en Costa Rica. Es cocinera y tuvo una sola hija. Le realizaron su histerectomía también en el año 2019 cuando tenía 45 años, en un hospital público de su país de origen, ya que no contaba con seguro social que le permitiera realizar su histerectomía con gratuidad y de manera rápida. Flor cuenta con pocas redes de apoyo, la ayuda principal que recibe es de su hija y de algunas amistades.
- Elena: es la más grande del grupo, tiene 61 años de edad y su histerectomía fue realizada cuando tenía 36 años, en el año 1996. Es ingeniera civil, está casada con la misma persona que al momento de su cirugía, cuando también estaba a cargo de dos hijos y una hija. A Elena se le practicó una histerectomía total en un hospital público del país, aunque algunas citas médicas las realizó en centros médicos privados. Trabajó en una institución pública durante mucho tiempo, por lo que contaba con seguro social de la Caja Costarricense del Seguro Social. Hoy día está pensionada y es voluntaria en la Fundación Anna Ross.

- Alma: es socióloga, soltera y tiene 45 años de edad. Al momento de su histerectomía total tenía 40 años de edad. No tuvo hijos o hijas antes de su cirugía, la cual se llevó a cabo en un hospital público, pero intermedio tenía la posibilidad de acudir a citas médicas privadas. Creció en una familia numerosa y monoparental; fue criada por su madre y sus hermanas mayores. En la actualidad se dedica a ejercer su profesión en una institución pública y vive sola. A pesar de que cuenta con redes de apoyo familiares estos viven a varias horas de distancia.
- Jade: de profesión es periodista, pero además se dedica al entrenamiento físico y coaching en temas de bienestar. Cuando se le practicó su cirugía en el 2019, vivía sola, tenía 37 años de edad y no tenía hijos. Únicamente en su caso, la histerectomía fue practicada de emergencia, en un hospital privado y fue de tipo “total”, es decir le retiraron el útero y cuello de útero, pero se conservaron los ovarios. Meses después desarrolló cáncer de mama, por lo que le practicaron una mastectomía doble. Tanto al momento de las cirugías como en la actualidad no tiene pareja. Creció en una familia nuclear, es decir con ambos padres y dos hermanos menores.
- Iris: cuando se le realiza su cirugía en el año 2016 tenía 41 años de edad, había tenido un hijo y una hija, vivía con ambos menores y con su esposo. En la actualidad también vive con los tres. Es directora de un colegio público. Su cirugía fue realizada en un hospital privado y también fue de tipo “total” es decir le conservaron sus ovarios. A mediados del año 2021 fue diagnosticada con cáncer de mama, por lo que durante el tiempo en que se entrevistó estaba esperando iniciar con sus quimioterapias.

- María: en el año 2012 le practicaron su histerectomía, es decir cuando tenía 47 años de edad. En ese momento al igual que ahora, vivía con su esposo, un hijo y una hija, ambos mayores de edad. Es educadora de preescolar y toda su vida la ha dedicado a la docencia. Su cirugía fue radical, lo que significa que le retiraron el útero, el cuello de útero y los ovarios, sin embargo no le recetaron estrógenos. Su operación también fue realizada en un hospital público.
- Larissa: Hoy día tiene 43 años de edad y también es docente. Debido a que su histerectomía fue radical y se realizó a la edad de 36 años, debe tomar estrógenos que le ayudan a regular otros síntomas que padece producto de no contar con una producción hormonal propia. Tuvo solamente un hijo, el cual está por finalizar el colegio. En el momento de su cirugía tenía esposo, mismo con el cual comparte en la actualidad.
- Cristina: es administradora de empresas, tiene 44 años y un hijo menor de edad. Vive con él y su esposo, con quien también vivía al momento de su histerectomía en el año 2017, cuando ella tenía 40 años. En esta oportunidad le realizaron una histerectomía total, por lo que le había conservado sus ovarios, sin embargo, en el año 2019 al presentar molestias, tuvieron que practicarle otra cirugía en donde le retiraron sus ovarios. En la actualidad, debe tomar estrógenos debido también a la falta de producción hormonal.
- Mar: renunció a su trabajo debido a que asumió el cuidado de su madre quien tiene Alzheimer, anteriormente trabajaba como asistente administrativa. En el 2013 se le practicó su histerectomía, cuando tenía 42 años de edad. Su cirugía se realizó en un hospital público y en aquel momento contó con el apoyo de su

esposo, con quien también vive en la actualidad. Mar no tuvo hijos o hijas antes de su cirugía.

5.2 Aprendizajes de género: aspectos más sobresalientes sobre la construcción social del género en relación al cuerpo femenino

En este apartado se detallan elementos relevantes acerca de la construcción socio-cultural del género en relación a los cuerpos femeninos, a partir de las reflexiones de las mujeres durante el período de aplicación de las entrevistas personales. Como se observará, los distintos aprendizajes y concepciones adquiridos sobre este tema provienen principalmente de sus núcleos familiares y en menor medida de amistades, durante la época de la infancia y la adolescencia.

Agregado a ello, las mujeres también hicieron referencia a otros aprendizajes de género vinculados con el ámbito doméstico/reproductivo y el ámbito público/productivo, que de manera consciente o inconsciente fueron moldeando y formando su identidad femenina.

Dicho lo anterior, los aprendizajes de género inculcados a las mujeres se presentan agrupados en los siguientes ejes temáticos:

5.2.1 Socialización sobre la sexualidad de las mujeres

Es relevante para la investigación conocer los procesos de socialización de las mujeres en cuanto a la sexualidad, ya que mediante dichos procesos se constituyen valores, creencias, significados y maneras de experimentar el cuerpo.

Tomando como punto de partida las respuestas dadas por parte de las mujeres acerca de los aprendizajes en cuanto a la sexualidad femenina, se puede identificar que durante la

etapa de la niñez y la adolescencia fueron pocas las conversaciones que tuvieron con sus padres y madres en relación a ella, incluso algunas mujeres negaron que en algún momento recibieran educación sexual en sus casas.

Ese es el caso de María, quien recuerda que durante su crianza, su madre no le explicó temas relacionados con la sexualidad y los cambios propios del cuerpo: “...no me explicó los cambios físicos, ni hormonales, nada, nada. Los fui aprendiendo bien o mal en el camino” (María, 2021, p. 9).

En el caso de las mujeres que afirmaron no haber experimentado algún tipo de prohibición explícita en sus hogares sobre temas referentes a la sexualidad, como en el caso de Elena, se observa de todas maneras, la falta de iniciativa de parte de los padres y las madres por generar espacios adecuados para hablar del tema:

“Había un par de libritos por ahí, uno era de sexualidad para niños, que era con dibujitos. Yo no me acuerdo de habernos sentados y decir el chiquito tiene esto... pero los libros estaban ahí. Entonces nosotros lo veíamos muy natural” (Elena, 2021, p. 11).

Esto se debe a que en realidad hablar de temas sexuales era considerado un tabú, puesto que no se le prestaba la importancia que merecía, tal como relata Mar en el siguiente fragmento:

“Antes era un tabú tremendo. Mi mamá jamás iba a hablar de esas cosas. Entonces uno se daba cuenta en la escuela, pero en la escuela tampoco le hablaban mucho, sino en la calle” (Mar, 2021, p. 5).

En consecuencia, la mayoría de las mujeres obtuvo poco acompañamiento de parte de sus familias para entender la sexualidad como una práctica de la experiencia humana. La falta de educación al respecto, dio como resultado vivencias corporales desde el miedo y el desconocimiento. Cuando a María y Larissa menstrúan por primera vez no comprenden el cambio corporal por el que están atravesando, lo que demuestra su poca preparación y conocimiento sobre sus cuerpos, que se debe en primera instancia, porque en sus casas no se les habló del tema, tal como lo exponen a continuación:

“Y mi primer periodo recuerdo que yo me asusté mucho porque no sabía, y ya era grandecita verdad, tenía casi 12 años, pero no sabía nada” (María, 2021, p. 8).

“Cuando me llegó la primera menstruación, me acuerdo que yo me asusté toda porque ni siquiera sabía qué era eso, hasta que tuve que llegar a preguntarle a mami, entonces ya ella me dijo pero no había mucha preparación” (Larissa, 2021, p. 9).

En otros casos donde se brindó algún tipo de acompañamiento, la sexualidad no dejó de plantearse desde un enfoque meramente reproductivo. Así, la llegada de la menstruación se define en torno a la sexualidad maternal, en la cual el cuerpo de la adolescente se anuncia como un cuerpo gestante, capaz de procrear, de manera que la menstruación no se asocia más que a la maternidad (Lagarde, 2015). Desde ese punto de vista, los cambios corporales experimentados por las mujeres se vuelven relevantes siempre y cuando estén en función de la procreación.

Se dan casos así, en donde incluso a las mujeres se las felicita por la llegada de la menstruación, un hito que socialmente equivale a convertirse en mujer, como lo fue para Iris,

a quien su padre la celebra: *“Yo recuerdo por ejemplo cuando me vino la menstruación, mi papá me dijo “la felicito”. Ese gesto de mi papá era importante”* (Iris, 2021, p. 12).

Desde un punto de vista socio-cultural, el cuerpo y la sexualidad femenina existen para la procreación y la maternidad, ambas se han convertido en experiencias vitales básicas irrenunciables para el género femenino, puesto que en ellas reside el valor positivo de ser mujer en la sociedad (Lagarde, 2015). De ahí que las experiencias en el campo de la sexualidad de las mujeres se ven restringidas al acto sexual en función de la procreación, y no del placer, por ejemplo. Esta visión de la sexualidad femenina, se socializa desde edades tempranas y se intensifica en la adolescencia.

En la experiencia de Cristina, quien creció en un ambiente religioso con su madre, padre y hermanos, recuerda cómo su mamá le habló sobre la importancia de la virginidad:

“También nos habló de que, obviamente, lo máspreciado era la virginidad –risas-verdad. También había formas de evitar un bebé, que lo ideal era que uno se guardara hasta que estuviera grande o hasta que se casara” (Cristina, 2021, p. 6).

En esa línea, otros aspectos como el placer, la exploración corporal, o el erotismo, por mencionar algunos, son vistos sin ninguna o nula importancia dentro de la sexualidad, e inclusive la mujer que se atreve a ejercer su sexualidad fuera de la función reproductiva es mal vista. Es así como en el imaginario colectivo viven dos figuras femeninas opuestas desde la sexualidad, la mujer-madre versus la mujer-puta, la cual es representada en el caso de Iris, a través de las comparaciones entre ella y sus hermanas: *“Yo era la seria, la monja, la bien portada, y ellas fiesteras, mal portadas, peleonas, novieras como ellas solas”* (Iris, 2021, p. 14).

Si en efecto, las mujeres recibieron poca o nula educación sexual, muy delimitada al ámbito reproductivo, es importante destacar que muchas de ellas fueron aprendiendo ciertos elementos de la sexualidad gracias a la interacción y convivencia con otras mujeres de su entorno, como lo señala Alma respecto a su conocimiento sobre la gestión de la menstruación: *“No, no me hablaron, sobre el asunto. Como uno tenía hermanas más grandes si lo veía. Uno como que lo naturaliza”* (Alma, 2021, p.15).

O bien como lo demuestra Iris en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, el cual se da a raíz de una conversación con una de sus amigas de la universidad:

“Yo no tomé anticonceptivos hasta viejilla, hasta como los 23 años. Y tampoco me porte mal hasta esa edad. Ya trabajando, ya en la universidad... los primeros anticonceptivos los compré porque una compañera me dijo que los comprara, no porque de mi casa se comprarán” (Iris, 2021, p. 13).

Sobre este mismo punto, el uso de anticonceptivos para Erika se da a raíz de la experiencia de su madre, un antecedente que le permitió a ella poder acceder a éstos:

“Cuando mi mamá se casó, mi papá le botaba las pastillas, y mi mamá fue al seguro a pedir pastillas y le dijeron que tenía que llevar una autorización del esposo. Entonces mi mamá dijo que ella no quería que los hijos de ella vivieran en esa ignorancia” (Erika, 2021, p.11).

De esta forma, las experiencias de las madres, primas, hermanas o amigas, se convierten en referentes importantes, porque de alguna manera permitió un acercamiento a temas de la sexualidad, que de otra forma las mujeres no hubieran podido tener, si acaso, una noción al respecto. Esto no le resta importancia al hecho de que es necesario que durante la

etapa de crecimiento a las mujeres se les brinde información sexual adecuada, pero sí se destaca que es la vía a través de la cual, las mujeres pueden obtener cierta información sobre la sexualidad.

En resumen, encontramos a un grupo de mujeres cuya experiencia en el ámbito de la sexualidad se basó primordialmente en temas de anticoncepción, mientras que otro grupo recibió poco, por no decir ningún, acompañamiento. Esto significa que la sexualidad no fue un asunto prioritario durante la crianza de las mujeres, lo que generó que muchas tuvieran que enfrentar diversos eventos sobre su sexualidad con pocos recursos.

Por otra parte, las experiencias de otras mujeres se vuelven fundamentales, pues a través de la observación, las mujeres van comprendiendo ciertos cambios, ciertas normas, o conductas que a lo mejor ellas van a atravesar en algún momento.

5.2.2 La experiencia de construirse como mujer

Otro aspecto vinculado con la socialización de género que surgió en la etapa de las entrevistas, fue el tema de ser mujer, cuyo origen no está dado por una condición biológica, sino más bien por elementos socioculturales, que las mismas mujeres fueron destacando. Cuando se les preguntó por los principales aprendizajes de ser mujer durante su crianza, aparece la figura de la mujer “luchona” o “aguerrida”, caracterizada por actitudes y cualidades manifestadas en el sacrificio, la astucia, la perseverancia, así como también en el ser inteligente, trabajadora y estudiosa.

Esta figura se encuentra presente a lo largo de la vida de las mujeres, principalmente por parte de sus madres, tías, hermanas y primas, por lo que se convierte en un referente significativo que influye en la conformación de su identidad de género, tanto en el espacio

doméstico/reproductivo como en el espacio público/productivo. Es por ello, que para presentar esta sección se agrupan los aprendizajes vinculados a cada uno de estos espacios en subtemas, únicamente por una cuestión de orden, pues se entiende que la socialización es un proceso complejo, y que aunque lo productivo y reproductivo se presentan como polos opuestos, las experiencias de las mujeres y los seres humanos en general dentro de cada uno de éstos, están cargados de matices.

5.2.2.1 Ámbito reproductivo: resolver, estar y cuidar de los otros

Históricamente debido a la distribución sexual del trabajo, el rol de las mujeres ha estado particularmente relegado al espacio reproductivo, es decir en el hogar y la familia. Esto ha significado que la socialización del género femenino esté vinculada en gran parte, con la realización de labores de cuidado y de las tareas domésticas, aprendizajes que se inculcan en un primer momento al interior de las familias.

La conformación de las familias en las que crecieron las mujeres fueron diversas, encontramos así: familias conformadas solamente por mujeres, familias conformadas por madre, hermanos y hermanas, y familias conformadas por madre, padre y hermanos o hermanas. A pesar de ser diversas, en todas se socializó a las mujeres para el trabajo doméstico y reproductivo: lavar, planchar, hacer aseo, cocinar, doblar ropa, cuidar a los demás, entre otros.

Dicha socialización se dio en mayor o menor medida en cada una de las familias. En aquellas familias conformadas solamente por mujeres, las tareas domésticas se distribuían equitativamente, en las familias conformadas por madre, hermanos y hermanas se observa una distribución más o menos equitativa, mientras que en las familias conformadas por

madre, padre, hermanos y hermanas, estas tareas están relegadas principalmente a las integrantes mujeres.

Para exponer lo anterior, se retoma la experiencia de Jade quien creció con su mamá, papá y dos hermanos, y relata cómo ella debía hacerse cargo sola de las tareas domésticas:

“Yo soy la mayor, yo tengo dos hermanos hombres y siempre fui la mamá de mi familia, toda la vida, sobre todo por esto que te estoy diciendo de que mi mamá fue el trabajo prioridad, entonces yo hacía todo en mi casa, mis hermanos no” (Jade, 2021, p.17).

Por su parte Larissa, comenta cómo durante su crecimiento, los miembros de su hogar del sexo masculino asumían poco o nada la ejecución de las tareas del hogar: *“O sea, ocasionalmente mi hermano si lavaba platos era esporádico. Y papi cero, más bien lo atendían” (Larissa, 2021, p.10).*

Como se puede observar en los anteriores relatos, a las mujeres se les delega en mayor medida las responsabilidades del hogar, mientras que a los hombres, sean estos hermanos, padres o tíos, se les exime de la realización de las mismas, una dinámica que se presenta ante los y las integrantes del núcleo familiar como normal. Así, desde muy temprana edad, a las mujeres se les obliga a desempeñarse en las labores domésticas, que además viene acompañada de una conducta servicial, es decir para la complacencia de los otros.

Al respecto María Izquierdo (2003) menciona que:

La división sexual del trabajo construye la subjetividad femenina orientada al cuidado, a la conexión con los demás, a la disposición a satisfacer las necesidades ajenas. Esa disposición comporta que el otro,

además de ser objeto de preocupación, sea instrumento de realización y de confirmación de la valía de la mujer (p.3).

De esta forma, dentro de los procesos de socialización del género femenino se instaura la idea de que las mujeres están obligadas a complacer, cuidar y resolver las necesidades de los demás, y que a la vez este rol es precisamente lo que les otorga su valor como mujeres. En otras palabras, la disposición de las mujeres hacia los otros determina su valor social.

En esta línea, podemos citar los relatos de Iris y María a quienes se les enseñó a estar a disposición de las necesidades de cuidado de su padre y hermano respectivamente:

“Mi papá tomaba mucho alcohol entonces fueron años terribles con él, que gracias a Dios se superaron, pero que fueron momentos muy difíciles. Creo que eso es lo que también te enseña a que la mujer sale adelante, porque yo recuerdo ver a mi mamá solucionado las tortas de mi papá” (Iris, 2021, p. 12).

“Desde que yo era muy niña me enseñó todos los oficios de la casa, y me ponía ayudarle a todo, a hacer todo, absolutamente... entonces ella me decía las siguientes frases: cuando viene su hermano o su hermana usted le sirve cafecito o comidita, porque su hermana viene cansada de trabajar y su hermano es el hombre” (María, 2021, p. 9).

De acuerdo con Delgado (2017) las tareas que desempeñan las mujeres dentro del espacio reproductivo son consideradas obligatorias o inherentes a su ser, ya que su fin último es el beneficio de la familia, por lo que las mujeres deben tener un interés superior por este

tipo de labores. En ese sentido, a las mujeres en comparación a los hombres, se les exige presencia y participación permanente en lo referente al hogar y la familia.

Esa presencia dentro del espacio reproductivo, se acompaña, tal como se mencionó anteriormente, de una actitud de parte de la mujer por hacerle frente a las distintas adversidades a las que se enfrenta ella y su familia. Esto significa que por muy compleja que sea la situación, las mujeres están en la obligación de permanecer, de no abandonar y más bien de seguir adelante, actitudes que son aprendidas a lo interno del hogar, como lo narra Iris: *“Aprendimos, primero que las mujeres no nos echamos para atrás, que vamos para adelante, adelante”* (Iris, 2021, p. 12).

Así, la figura de la mujer luchona o aguerrida aparece en los distintos relatos en relación a los aprendizajes del ser mujer, que se dan tanto a nivel discursivo, como por medio de la observación de las conductas de otras figuras femeninas de su entorno, como lo es la vivencia tanto de Alma como de Jade:

“Mujeres luchonas que podían ser independientes. Para mi eran un referente, mi hermana Marta era inteligentísima, tenía una capacidad de oratoria, bailaba bailes típicos, estudiaba inglés solita, Gloria también, para mi eran mujeres espectaculares. Siempre estaba haciendo algo, a pesar de las dificultades económicas. Más que lo que ahora podía llamar, astucia, eran muy luchonas, si lo intentabas, si tenías constancia, ibas a poder obtener cosas. Y siempre estuve muy clara, que no iba a necesitar un hombre para comer –risas-, que yo lo iba a resolver.” (Alma, 2021, pp. 19-20).

“Tengo dos hermanos, y somos seguidísimos y obviamente al ser yo la mayor y mujer, en serio siempre he sido la mamá de ellos, toda la vida, y la mamá de la casa. Siempre ha sido una dinámica de que Jade es la fuerte, Jade es la que resuelve, Jade es la que se encarga, soluciona, es la responsable, Jade es todo” (Jade, 2021, pp. 17-18).

Ya fuera por observación o por medio del discurso que se manejara a lo interno de la familia, Alma y Jade aprendieron que parte de ser mujer es estar al cuidado de los otros, es resolver, es proteger, es prestar ayuda o soporte a los demás. De manera que se construye una identidad femenina a partir de su capacidad de solucionar en lo cotidiano.

Lo mismo se repite en las vivencias de Erika e Iris, al mencionar su percepción sobre la capacidad de las mujeres para resolver los problemas o adversidades en la cotidianidad, la cual se observa como una característica intrínseca del género femenino:

“Como ese sentimiento de responsabilidad, no sé cómo explicarlo, nosotras somos muy responsables de todo lo que hay alrededor, que tal vez nos queda como ese sentimiento maternal que todo y tenemos que resolverlo, que a veces no está bien, verdad. Creo que eso es algo que nos identifica mucho como mujeres” (Erika, 2021, p. 15).

“Creo que, no sé si sonará raro, pero el resolver las cosas. Me parece que eso es algo que me hace sentir. Mis hijos por supuesto, ellos me hacen sentir un papel importante, y por supuesto mi marido” (Iris, 2021, pp.16-17)

En consecuencia, las mujeres afirman que una de las características que las hace sentir mujer es precisamente su disposición para los demás, que puede ser una persona en particular, pareja, amistades, familiares, e incluso el trabajo, como veremos más adelante.

5.2.2.2 **Ámbito productivo: ser independientes**

La socialización de las mujeres además de incorporar elementos del trabajo doméstico y reproductivo, viene acompañado de algunos aprendizajes, motivaciones y apoyos relacionados al espacio productivo, principalmente en lo referente a los estudios, al trabajo y a la capacidad de ser independientes.

En general a las mujeres se les incentivó a ocupar otros lugares más allá de la vida familiar, como en el caso de Elena: *“como mi papá era profesor universitario, siempre nos motivó a que estudiáramos. Yo cuando dije que quería estudiar ingeniería, nadie cuestionó que era una carrera de hombres”* (Elena, 2021, p. 10). Sin embargo, esto no siempre fue compartido por todos los miembros de algunas familias, como sucede con María que para su padre el estudio no era una actividad importante que se le tuviera que incentivar a las mujeres: *“Mi mamá siempre me inculcó estudiar, para mi papá no era tan importante que las mujeres estudiaran solo los hombres, decía él”* (María, 2021, p.8).

Esto demuestra cómo, si bien a las mujeres se les ha ido apoyando cada vez más a salir del ámbito doméstico, su participación dentro de éste sigue siendo obligatoria, mientras que su incorporación al espacio público puede ser alternativa o secundaria. En palabras de Marcela Lagarde (2015) las mujeres que se incorporan al trabajo fuera del hogar son bien vistas siempre y cuando esto no obstaculice el hecho de que la mujer pueda obtener una familia y casarse, pues su reconocimiento radica en estar para los otros.

La historia de Cristina es una muestra de cómo en ocasiones a las mujeres se les inculca el estudio, como una forma de asegurar cierta independencia económica en caso de un matrimonio “fallido”:

“Bueno, mi mamá siempre nos enseñó que las mujeres tenían que ser independientes, nos impulsó siempre a estudiar, ella nos decía que teníamos que estudiar, que teníamos que valer por nosotras mismas, que después el matrimonio no funcionaba y que entonces teníamos que valer por nosotras mismas” (Cristina, 2021, p. 5).

Para Marcela Lagarde (2015) el estereotipo femenino que permea en todas las clases sociales, el ideal a alcanzar, es el de la mujer que no trabaja por un salario, por lo que en muchas mujeres se expresa el deseo de encontrar a un hombre que las saque de trabajar; esta es una contradicción entre mujer y trabajo, interiorizada por la mayoría de mujeres que están convencidas que el trabajo doméstico no es trabajo.

Una visión que cabe recalcar no surge de manera natural de parte de las propias mujeres, sino como resultado de los aprendizajes socialmente adquiridos por el género femenino.

Es así como a pesar de que a las mujeres se les incentivó estudiar una carrera profesional y lograron establecer una independencia económica, el ideal de convertirse en madres y esposas estuvo también presente en sus procesos de socialización femenina. Es por ello que, aunque en la actualidad salgan de sus casas a trabajar de manera asalariada, igual se espera que tengan un buen desempeño en el trabajo doméstico y de cuidado.

Así lo narra Alma quien actualmente es profesional de una institución del Estado, y ha visto cómo a pesar de su desempeño en el ámbito productivo, no se ve liberada de las exigencias del mundo doméstico:

“Mi casa es un espacio abierto para que lleguen otros familiares, entonces tiene que estar siempre limpio y eso es lo que te genera tensión. De cuatro a ocho y media que vinieron, usted no sabe el volterio que di, cambiando las fundas, qué van a comer, a no sé quién le gusta tal cosa [...] eso me generó cansancio” (Alma, 2021, p. 16).

Lo anterior no le resta importancia al hecho de que las mujeres lograron alcanzar autonomía económica gracias a su trabajo, pero es importante señalar que por una condición de género dentro del ámbito socio-cultural, se ven obligadas a realizar tareas y actividades que a un hombre, independientemente de que esté trabajando o no, no se le exigiría.

Justamente todas las mujeres de esta investigación han trabajado desde jóvenes y se han encargado al mismo tiempo de sus familias, con una participación de mayor carga respecto a sus parejas u otros familiares hombres. Algunas de ellas incluso han tenido que dejar de trabajar para encargarse del cuidado de personas mayores. Mar, habla de su experiencia de cuidado de su madre quien tiene una enfermedad degenerativa: *“hace aproximadamente como 15 días que estoy en la casa, estaba trabajando, porque mi mamá padece de Alzheimer, entonces salí del trabajo para ayudarle a mi hermana”* (Mar, 2021, p. 1), experiencia que demuestra el rol protagónico de las mujeres en las labores de cuidado.

5.3 Las vivencias corporales de las mujeres desde la histerectomía

En este apartado se presentan las principales vivencias corporales de las mujeres en distintos momentos, que tienen como eje transversal la histerectomía y elementos que se relacionan con ésta, como lo son los tratamientos y citas médicas, estado de salud física y emocional, relaciones personales, decisiones importantes, entre otros. Dichos elementos vienen a influir la manera en que las mujeres van experimentando sus cuerpos y las

transformaciones a las que éstos se ven sometidos, así como también los significados que le van otorgado a cada una de las circunstancias que enfrentan.

Es por lo anterior que las vivencias corporales se presentan bajo dos grandes grupos: por un lado, aquellas relacionadas con la salud de las mujeres: en donde se incluyen tratamientos médicos, antecedentes de salud, la autonomía física, y por otro lado, los cuidados alrededor de la histerectomía: en donde sobresalen las relaciones y dinámicas familiares, el trabajo, y la recuperación postquirúrgica.

5.3.1 Vivencias en torno a la salud y la histerectomía

Las experiencias de las mujeres histerectomizadas están ligadas directamente con el tema de la salud, debido al estado físico en que se encuentran sus cuerpos y más específicamente sus úteros. Este estado físico las obliga a visitar centros de salud, a realizarse exámenes, a cambiar hábitos y en ocasiones a recibir tratamientos.

Desde el momento en que se empiezan a dar las primeras manifestaciones de dolor o molestia, hasta el momento en que se da la cirugía y posterior a ésta, en el tiempo de recuperación, se empiezan a resignificar conceptos como salud, enfermedad, bienestar y calidad de vida y las mujeres también empiezan a repensar sus proyectos de vida al ir tomando decisiones importantes sobre sus cuerpos y sus vidas.

5.3.1.1 La menstruación como parte del historial de la histerectomía

Mes a mes los cuerpos de las mujeres se preparan para la concepción, es decir para un posible embarazo, por lo que ocurren una serie de cambios físicos y hormonales. No obstante, cuando esto no sucede, es decir cuando el óvulo no es fecundado, se rompe el tejido y es expulsado a través de la sangre menstrual. Desde un punto de vista biológico, se puede

decir entonces que el periodo menstrual es una manifestación física de las mujeres que ocurre cada mes, y que por lo general empieza alrededor de los 12 años y finaliza con la llegada de la menopausia (Ruiz, 2014).

Semanas antes de la llegada de la menstruación, se pueden producir una serie de alteraciones físicas y en los estados de ánimo de las mujeres, esto es lo que se denomina como Síndrome Premenstrual, en el cual se pueden presentar sensaciones como migrañas, retención de líquidos, mayor irritabilidad, ganas de llorar, tensión mamaria, entre otros, que cabe señalar no han querido ser estudiados en mayor profundidad por los profesionales de la medicina, que prefieren atribuir dichos síntomas al supuesto rechazo de la mujer hacia su menstruación (Valls-Llobet, Ojuel, López y otros, 2005).

En efecto, las mujeres durante la llegada de su periodo menstrual experimentan sensaciones tanto físicas como emocionales, que ciertamente tienen que ver con este proceso, pero que producto de los sesgos de género son minimizados, restándoles así la atención que se merecen.

Precisamente, en los testimonios de las mujeres se hizo presente la afirmación que al llegar el período menstrual, además de la expulsión de la sangre, se presentaban dolencias y otros malestares físicos tales como: dolores en el vientre, dolores de cabeza, cansancio, malestar en general, cambios de humor, entre otros. María y Cristina comentan al respecto:

“Yo sí tuve muchos problemas siempre de la parte de los periodos menstruales. Fui muy regular siempre, eso sí, mis periodos eran muy regulares, pero como en la parte de cantidad de sangrado siempre fueron muy fuertes” (María, 2021, p. 2).

“Era una menstruación normal, un flujo normal, duraba de tres a cuatro días, sí era muy inconstante, de tal día me va a venir. Si me daba mucha migraña, cuando me iba a venir la menstruación. Uno o dos días antes fijo me daba migraña, hasta tenía que inyectarme y todo para que se me quitara el dolor” (Cristina, 2021, p. 8).

Estas dolencias, malestares, o la excesiva cantidad de sangrado experimentada tanto por María como por Cristina durante este período, suelen ser naturalizados por las mujeres y la sociedad en general, tanto así que la menstruación es percibida como un fenómeno en el cual los cuerpos experimentan dolores intensos, por lo que se llega a ignorar la posibilidad de que éstos sean más bien señal de alguna enfermedad.

Es importante recalcar que la menstruación no debería de producir un dolor exacerbado y en caso de que existan molestias, no deberían vivirse en silencio, pues cuando se presentan fuera de los parámetros normales, sus características anómalas son claros indicadores de problemas de salud, de falta de nutrición, o de estrés físico y mental (Valls-Llobet, Ojuel, López y otras (2005).

Por ende, los dolores agudos y el malestar experimentado durante el período menstrual no deberían de naturalizarse, ya que más bien la mujer puede estar experimentando una situación de salud aún más compleja, como aquellos relacionados con situaciones que luego descantan en una histerectomía. A pesar de ello, tal como lo señalan los relatos de las mujeres, la sociedad y ellas mismas en algún momento, naturalizaron estas formas de vivir sus periodos.

Al igual que María y Cristina, Jade y Mar comparten la experiencia de haber naturalizado las dolencias durante su menstruación, como lo señalaron en las entrevistas:

“Como a las mujeres nos viene el período, no le tenemos miedo a las hemorragias. Yo vivía con toallas nocturnas toda la vida, verdad –risas-, y yo no le veía nada del otro mundo, porque uno le pierde el miedo, o sea yo decía: “uy que tirada” pero no me asustaba” (Jade, 2021, p. 4).

“El problema fue que en los últimos años empecé con la menstruación muy fuerte pero yo pensé que era normal, porque decían que cuando era muy fuerte era así. Casi que ni podía ir a trabajar. Y después los dolores, terribles” (Mar, 2021, p.2).

En general, la gran mayoría de las mujeres experimentaron incomodidades físicas durante la menstruación, y por mucho tiempo fueron percibidas como parte natural del proceso. En muchos casos ese sentir se extendió hasta que los sangrados menstruales empezaron a repercutir en las actividades cotidianas. Incluso en otros casos, además de los dolores, también se presentaron alteraciones del período, es decir la ausencia de la menstruación por algunos meses, situación que tampoco se entendió como señal de alerta, como lo fue en el caso de Alma, quien vivía en el exterior y al experimentar situaciones nuevas, creyó que el estrés le había generado la ausencia de su menstruación:

“En el caso de la histerectomía a mí lo que me pasó, algunas mujeres sangran más, en mi caso no, en mi caso se dio por la ausencia de la menstruación. Entonces yo nunca lo ubiqué como algo negativo, estoy loca, eso es porque tengo mucho estrés, entonces pasaron dos meses, y vino, con ese rollo de vino y se va, como si fuera algo mágico. No asumía el tema del cuidado en términos de mi cuerpo como una necesidad” (Alma, 2021, 2).

Bajo este contexto, la menstruación se empieza a homologar como una enfermedad, pues genera en las mujeres sensaciones físicas molestas, dolores, cansancio, anemia en algunos casos, e incluso en otros, el inicio de tratamientos médicos más complejos. De esta forma, la llegada del período menstrual empieza a verse desde las mujeres como una limitación importante en sus vidas, porque les impide desenvolverse con normalidad en su vida diaria. María y Erika comentan lo siguiente:

“Cuando yo sabía que me iba a venir la menstruación, eso sí yo sabía que me venía cada 28 exacto, era súper puntual mi menstruación, entonces yo cuando sabía que me iba a venir mi menstruación ni paseos, ni visitar nada, yo no salía para nada, era algo tremendo” (Mar, 2021, p. 3).

“Eso lo limita a uno un montón. No puede uno disfrutar, en el sentido en que anda pensando: si me voy a enfermar, en que voy a tener un problema, una limitación. Entonces sí, era demasiado limitándote” (Erika, 2021, p. 2).

Es de esta forma como la menstruación representa para algunas mujeres una limitante en sus vidas, por lo que se asemeja a una enfermedad al impedirles poder disfrutar de distintos espacios, así como también poder mantener un buen desempeño en otros, tales como el espacio laboral: *“Me venían unos sangrados que prácticamente yo me incapacitaba todos los meses” (Mar, 2021)*

Las licencias de salud en los trabajos producto de los fuertes dolores y sangrados a raíz de la menstruación, pueden motivar a los empleadores a despedir a las mujeres, como sucedió en el caso de Erika, quien compartió durante la realización del taller que perdió su trabajo

producto de sus constantes licencias: *“Perdí el trabajo incluso, porque tuve muchas incapacidades”* (Erika, 2021).

Por otro lado, la menstruación además de representar para las mujeres, un período de malestar físico y por ende, un obstáculo para desarrollar sus actividades cotidianas, representa un desgaste a nivel emocional, como lo expone en la siguiente frase María *“...esos sangrados, los cuales no es solo sangrado y dolor, sino que te produce malestar emocional”* (María, 2021, p. 6).

Como se verá más adelante, la aparición de emociones como la tristeza se genera producto del esfuerzo de las mujeres por querer cumplir con sus responsabilidades, aún cuando sus cuerpos no están completamente bien desde un punto de vista médico. En el momento en que las mujeres empiezan a sentir que la situación las está afectando físicamente y emocionalmente, es cuando se empiezan a cuestionar que sus dolores, sus sangrados, y su malestar corporal en general durante la menstruación, pueden no ser tan “normales”, y entonces buscan asistir a centros médicos de salud.

Así, a raíz de los testimonios citados anteriormente, se puede decir que la menstruación no es solamente un proceso biológico, sino que traspasa las fronteras de lo meramente anatómico, pues influye en los contextos particulares de cada mujer, provocando en mayor o menor medida, alteraciones en las rutinas y las actividades diarias. Desde ese punto de vida, el proceso menstrual permea directamente en la vida cotidiana de las mujeres, las formas de relacionarse con sus propios cuerpos y los significados de las experiencias en torno al ciclo.

5.3.1.2 Atenciones médicas previas a la histerectomía

Las distintas manifestaciones de malestar corporal obligan a las mujeres a recurrir a centros médicos así como a diferentes especialistas, tanto en el área pública como en el área privada de la salud, en búsqueda de soluciones. Es por ello que se vuelve fundamental el acceso a la salud, pues a través de ésta las mujeres pueden conocer cuál era el origen de sus dolencias.

No obstante, dicho acceso no se da bajo las mismas condiciones para todas las mujeres. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022) el acceso a las intervenciones y servicios de salud se ven condicionados por múltiples factores, entre ellos por temas económicos, geográficos, administrativos como los son los tiempos de espera u horas de atención inadecuadas, por falta de insumos o medicamentos, también debido a barreras lingüísticas.

Una de las condicionantes para acceder a la salud pública costarricense es contar con seguro social de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Cuando las personas no cuentan con este seguro o no se encuentran al día con los pagos, se ve afectada su atención. Este es el caso de Flor, ella no contaba con seguro social y su estado físico se encontraba en una situación crítica, por lo que decide viajar a su país de origen, Nicaragua:

“Me lo fui a hacer en Nicaragua. En eso yo no tenía seguro, en ese momento. Y entre que hago todos los trámites, una cosa, la otra, ya mi cuerpo no daba. Entonces fue como recurrir allá. Allá no es exigido como: ¡Ah! Mirá!, no tengo seguro y tengo esta enfermedad y no le van a decir no, como usted no está al día, no” (Flor, 2021, p. 2).

Otro factor que llega a influir en el acceso de la salud, es el nivel económico de las mujeres. En este sentido, a pesar de que Mar se realizaba algunas consultas y exámenes médicos de forma particular, por medio del sector privado, la cirugía implicaba un mayor costo económico, por lo que tuvo que recurrir al sector público de salud: *“me dijo que él me podía operar, pero carísima la operación, entonces empezamos a hacer las vueltas en el hospital público”* (Mar, 2021, p.2). Así, aunque algunas mujeres preferían atenderse en el ámbito privado, no todas contaban con los recursos económicos para poder hacerlo.

Quienes sí tenían la posibilidad de operarse en un centro privado eran aquellas que gozaban de una situación económica favorable, lo cual les permitió tener citas médicas en centros privados e incluso operarse en clínicas privadas, esta fue la situación de Iris:

“Bueno yo tuve la dicha de que por haberme operado en el hospital privado. Desde el momento en que me reciben, el tener un espacio para mi solita con mi marido, un espacio solo para nosotros dos” (Iris, 2021, p. 8).

Cuando no existe esta posibilidad o cuando hay un cambio en la situación económica de la mujer, la operación debe ser realizada en hospitales públicos, lo cual implica otro tipo de condiciones. Cristina inició su proceso de cirugía y citas médicas en un hospital privado, sin embargo al cambiar de trabajo no pudo seguir costeadando la gestión de su salud de esta manera:

“La primera operación como era por privado fue rápido. La segunda, cuando fui otra vez, y me vieron porque ya me estaba doliendo, y vieron que realmente me tenían que sacar el otro ovario, sí pasó un año, en la caja para que me pudiera operar. Un

proceso largo, de ir a preguntar, de ver si me lo iban a hacer, o no me lo iban a hacer, de insistir mucho” (Cristina, 2021, p.8).

Lo anterior refleja diferencias de procedimientos entre lo público y lo privado, tanto en cuanto a tiempos de espera, el entorno en el que son atendidas, como a los trámites a realizar. En la parte de la salud pública, las personas usuarias no saben con exactitud cuándo serán operadas, ya que los tiempos de espera pueden ser incluso de años, además muchas veces ellas mismas deben insistir y realizar las diligencias para ser atendidas.

En este contexto algunas mujeres optan por tener citas médicas en centros privados aunque sus cirugías finalmente las realicen en hospitales públicos, ya que de alguna manera agilizan el proceso, tanto para la obtención de atención con especialistas que pueden brindarles prontamente una referencia médica, como para la misma cirugía, esta fue la estrategia de Mar para acelerar la fecha de su histerectomía: *“Localizamos a un médico, que atiende por privado pero a la hora de cirugía, me la programó por hospital público” (Mar, 2021, p. 2)*

A pesar de lo mencionado anteriormente, en general las mujeres que fueron operadas en centros de salud de la CCSS afirman haber recibido un buen trato de parte del personal de salud al momento de su cirugía, mismo que se manifiesta a través de distintos aspectos mencionados por las mujeres.

Uno de ellos tiene que ver con la presentación del doctor a cargo de la cirugía frente a la paciente, como lo fue en la experiencia de Mar: *“cuando estaba internada, el doctor llegó antes para conocerlo a uno y presentarse, y que por cierto, excelente ese hospital, me trataron súper, súper bien, no tengo ni una queja” (Mar, 2021, p.3).*

Por otro lado, es valorada la consulta a la mujer sobre su deseo de ser operada o no, minutos antes del procedimiento, como lo reconoce así Alma:

“La mujer que me iba a operar, te vuelven a leer los documentos, te dicen incluso: “si usted en este momento dice que no, no se realiza la operación”. En mi caso, yo espero que así sea el caso de todas, cuando una escucha y sabe que no lo es, siento que tuve mucha suerte” (Alma, 2021, p.6).

En el caso en específico de Alma existe consciencia de que en los hospitales no siempre se realizan los procedimientos bajo protocolos que respeten los derechos de las mujeres, por lo cual ella expresa y ve en su experiencia la “suerte” de cómo se desarrolló su cirugía.

Otro aspecto finalmente, tiene que ver con la forma en que se relacionan las distintas personas dentro del espacio hospitalario vinculadas con la cirugía de la mujer. Esto es valorado por María quien agradece que su experiencia haya sido desde un trato profesional: *“Bendito dios que en el hospital me tratan muy bien. Por dicha la gente que me atendió creo que era muy profesional, me trataron muy bien”* (María, 2021, p.4).

Dicho lo anterior, si bien es sabido que la atención es mucho más personalizada en hospitales privados, las mujeres que fueron operadas en hospitales públicos tuvieron un trato respetuoso, cordial, amable y bajo parámetros apegados a los derechos de las mujeres en su calidad de pacientes, por lo que de acuerdo con sus narraciones su experiencia durante el proceso de cirugía no representó un momento desagradable más allá de la cirugía en sí misma, como se detallará más adelante.

Se puede decir entonces que a nivel de factores externos, el componente económico jugó un papel importante en tanto permitió a las mujeres tener un mayor control de su estado de salud. Al contar con una situación económica favorable, las mujeres pudieron optar por citas médicas en clínicas privadas lo cual les permitió tener un seguimiento oportuno de su condición de salud y también pudieron ser referidas con mayor rapidez a centros públicos de salud para su cirugía.

Ahora bien, a pesar de que las mujeres tenían acceso a la salud porque en su gran mayoría contaba con seguro social y tenían una situación económica favorable, existen otros factores que entorpecen acceder a la salud. Se trata de factores externos, principalmente de hábitos o prácticas que provienen de las mismas mujeres, los cuales influyen en el acceso a la salud, específicamente en lo referente a las atenciones médicas.

Algunas mujeres afirmaron ser responsables en cuanto a su asistencia al control médico, como lo expone Iris: *“Pues yo creo que yo siempre he sido muy cuidadosa por ejemplo, asisto a mis controles médicos”* (Iris, 2021, p. 3). Sin embargo, la mayor parte de las experiencias apuntan a que las mujeres no tenían una relación constante con la atención de su salud en centros médicos, a menos de que tuvieran alguna dolencia puntual o fuera por motivos reproductivos, tal como lo expone Alma: *No, era poco frecuente... a no ser que identifique alguna dolencia, no tenía un vínculo directo con el tema de la atención médica, porque yo asumía que lo podía manejar”* (Alma, 2021, p. 2), y también Elena: *“iba porque o estaba embarazada o estaba dando de mamar”* (Elena, 2021, p. 3).

De este modo es importante señalar que la asistencia a los controles médicos de parte de las mujeres participantes no era algo frecuente en sus vidas, es cuando se presenta alguna dolencia mayor o persistente, que deciden consultar con profesionales de la salud. Lo que

indica que la atención de la salud se asocia con atender una dolencia, es decir, no existe un enfoque permanente y preventivo de la atención, así lo reconocen Cristina y Alma:

“Empecé como con un dolor como detrás de la espalda. Yo le decía a mí esposo: vieras que me duele, siento como que algo me pesa y me pesa. Entonces a final de cuentas me fui a hacer un ultrasonido y la persona que me atendió me dijo que mejor me fuera a visitar a un ginecólogo, porque tenía algo en los ovarios” (Cristina, 2021, p. 2).

“Fui por el tema de los riñones más bien. Yo decía: uy algo tengo, tengo un problema, me voy a tener que poner las pilas. Diiy claro, el útero se agranda y esto va generando que los otros órganos que están ahí cercanos se alteren o se vayan atrofiando” (Alma, 2021, p.3).

Tanto para Cristina como para Alma la consulta al personal de salud se da con motivo de dolores corporales que no llegan a asociarse con un problema en el útero. El poder acceder a la atención médica les permite a las mujeres darse cuenta de que en realidad el origen de sus molestias físicas está asociada con una condición en sus órganos sexuales internos, específicamente útero y ovarios. Esto a su vez posibilita accionar y buscar la forma de dar solución a su malestar, en un primer momento en compañía del personal médico.

5.3.1.3 Tratamientos médicos previos a la histerectomía

En el caso de las mujeres histerectomizadas, desde el momento en que reciben su diagnóstico hasta el momento en que se les realiza la histerectomía, pueden pasar meses o incluso años. En el transcurso de ese tiempo, por lo general el personal de salud a cargo, opta primero por llevar a cabo intervenciones alternativas antes de retirar del útero.

Lo anterior es parte de las narraciones de las mujeres a quienes se les recetó principalmente anticonceptivos como tratamientos para hacer desaparecer sus síntomas y otras afecciones en sus úteros, y en los casos más complejos les fueron realizadas otro tipo de intervenciones quirúrgicas.

En el siguiente fragmento se puede observar la vivencia de María en cuanto al uso de anticonceptivos como alternativa para disminuir sus síntomas, recomendación que fue dada por profesionales en medicina:

“Pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, porque parece que esto regula el sangrado, pero en mi caso prácticamente nada me hizo bien, ninguno de esos tratamientos, que en apariencia a algunos organismos les hacen efecto y a otros no. A mí no me hizo efecto, hasta que llegó el momento en que hubo que hacerme la cirugía” (María, 2021, p. 3).

Por otro lado, como se mencionó con anterioridad existen procedimientos más complejos para no retirar el útero, algunos de estos procedimientos forman parte de la historia de Erika, quien por muchos años fue sometida a éstos:

“Yo pasé ese proceso casi 10 años, 8 años, antes de que me quitaran el útero, pero quitarlo fue la última opción. Los doctores seguían buscando otras opciones: 3 crioterapias, congelamiento de útero, quitarme el cuello del útero, darme quimioterapia, y todo” (Erika, 2021, pp. 2-3).

De esta manera, la histerectomía se convierte en la última opción considerada por los médicos, pues éstos prefieren tratar los síntomas por medio del uso de fármacos, y en los

casos más complejos intervenciones quirúrgicas, de modo que existen distintos niveles de invasión hacia los cuerpos femeninos en la atención de su salud.

Una de las alternativas médicas más usadas para mujeres con sangrados abundantes o irregulares, o también que presentan miomas, como es el caso de mujeres con histerectomía, son los anticonceptivos, como demostró la narración de María anteriormente y como también lo fue para Larissa:

“Entonces decidimos ponerme la mirena⁴, porque estaba muy joven... La mirena logra disminuirme los fibromas internos, pero el externo no tiene medicamento, entonces empezó a crecer y a crecer, hasta que se compara con el tamaño igual que el útero. Y entonces empieza a ocasionarme demasiado dolor” (Larissa, 2021, p. 2).

Así, a partir de la “prueba y error”, las intervenciones de las mujeres, ya fuera a través de anticonceptivos o procedimientos quirúrgicos en sus úteros, no llegaron a resolver sus síntomas tales como los sangrados, los dolores y el malestar experimentado.

Esto refleja que los cuerpos de las mujeres son intervenidos con escasa información científica, ya que sus dolencias, sus enfermedades o padecimientos son dentro de la comunidad científica los menos estudiados. Es así, como las patologías femeninas padecen un déficit en métodos diagnósticos y desarrollo de tratamientos específicos, asimismo se caracterizan por estar asociadas a estereotipos sobre las mujeres y por recibir una atención menor (Aránguez, 2018), esto da lugar a que las mujeres sean tratadas con medicamentos

⁴ La Mirena es un dispositivo intrauterino (DIU) hormonal que se inserta en el útero y se usa principalmente como método de control de la natalidad.

que no fueron creados para los fines específicos que ellas necesitan, por lo que su situación puede no resolverse o peor aún agravarse.

En el caso específico de los trastornos de la menstruación y en general muchas de las dolencias experimentadas por las mujeres, se han enmascarado con el tratamiento de anticonceptivos, cuyo uso por tiempo prolongado puede generar efectos secundarios graves (Valls- Llobet, 2008). Entre dichos efectos se encuentran: el aumento de peso, dolor en las mamas, dolor de cabeza, disminución de la libido, depresión, entre otros.

Esta es precisamente la vivencia de algunas de las mujeres, quienes relataron que el uso de anticonceptivos les había generado o agravado otros padecimientos. Desde la experiencia de Cristina, el uso de la pastilla anticonceptiva hizo que sus migrañas, que estaban relativamente controladas, se activaran, por lo que finalmente su médico decide llevar a cabo la cirugía:

“En principio me mandó pastilla, pero yo padezco mucho de migrañas, y vieras que las pastillas me detonaron las migrañas, entonces fue cuando el doctor me dijo eso, que era más histerectomía, porque no era opción que yo estuviera tomando pastillas y me generaran migrañas... entonces fue como la única opción que tenía” (Cristina, 2021, p. 2).

Estos padecimientos de manera más intensa o incluso la aparición de nuevas dolencias, en algunos casos fueron detectados poco después de haber iniciado con los “tratamientos”, mientras que en otros casos, fueron identificados años después de haberlos empezado. En ese sentido, vale recalcar el relato de Jade sobre el efecto emocional generado a partir de los distintos tratamientos a los que fue sometida:

“Yo con los tratamientos hormonales, durante esos cuatro años, yo no tuve como un efecto físico, aunque eran súper fuertes, porque la gente a veces sube de peso, le sale acné, pero yo todos esos años estuve como drenada. O sea era como emocional, como que yo no me daba cuenta realmente de cómo me tenía todo eso. Fue hasta que al fin quedé libre de todos esos tratamientos que yo dije: dios mío, yo pasé súper deprimida todo ese tiempo”(Jade, 2021, p. 3).

Se puede decir así, que existe una falta de tratamientos adecuados para los padecimientos de las mujeres antes de la histerectomía, así como también que existe poca voluntad de parte del personal médico por buscar alternativas que no produzcan otros efectos a la salud de las mujeres.

En esa línea, hay una tendencia por minimizar los efectos colaterales que tienen el uso de anticonceptivos. Si bien en su momento supusieron una gran innovación para la planificación familiar, no se valoran los efectos secundarios ni a corto ni a largo plazo; estudios recientes alertan que su uso continuado impide la menstruación durante largo periodos (Valls- Llobet, 2008).

Entre los efectos con mayor riesgo vital por el uso de anticonceptivos, están los problemas cardiovasculares y el cáncer (Valls- Llobet, 2008). Precisamente, Jade e Iris, tiempo después de haberse realizado la histerectomía, recibieron un diagnóstico de cáncer de mama. De acuerdo a las percepciones de estas dos mujeres, podría ser consecuencia de los tratamientos recibidos por padecimientos en sus úteros:

“Yo sí tuve una secuela de esos tratamientos. A ver, a mí en 2019 me hicieron la histerectomía, a finales de febrero y en octubre me descubrieron los tumores de mama, que fueron secuela de todos los tratamientos hormonales” (Jade, 2021, p.4).

Pareciera entonces que las mujeres cuentan únicamente con alternativas polarizadas para la atención de su salud, por un lado someterse a tratamientos no hechos para los fines específicos requeridos, los cuales pueden generar en el corto, mediano y largo plazo otros efectos secundarios, o tratarse con cirugías invasivas. No existe así, desde la medicina convencional puntos medios para el tratamiento de los padecimientos vinculados con los órganos internos de las mujeres.

Esto demuestra que la atención de la salud de las mujeres está cargada de sesgos de género, por un lado por el carácter de inferioridad que se le ha atribuido a sus enfermedades, así como también por la concepción biologicista en la cual son entendidos sus cuerpos.

En los relatos de Erika y Flor se evidencia la insistencia de parte de los médicos por continuar con tratamientos que no estaban mejorando su condición, básicamente se les animaba a esperar a que desaparecieran sus dolores casi que por arte de magia:

“El señor siempre insistía: es que usted no tiene hijos y cómo va a hacer, como si el único propósito de una mujer en esta vida fuera tener hijos. Yo no sé quién estaba más aferrado a la idea, si era yo o mi doctor” (Erika, 2021, p.3).

“Estuve yendo muchos años, como 5 años seguidos, donde un ginecólogo aparte, privado, y me decía: no, esperemos a ver, porque su menstruación es regular. Era regular, porque no había ningún retraso, pero sí había abundancias en el sangrado,

verdad. Entonces me decía: no, pero estás muy joven para operarte, verdad, esperemos a ver, y espere, y espere, y nada” (Flor, 2021, p.1).

La prolongación así de los tratamientos, como de la espera por la cirugía, responde en gran parte a ese sesgo de género, en el cual se cree que la sexualidad de las mujeres existe exclusivamente para la reproducción, por lo cual se evita de diversas formas la pérdida de su útero, colocando a la mujer en una posición pasiva, a la vez que se ve violentada pues pierde toda autonomía sobre su cuerpo.

El control y dominio que existe en la sociedad genera que la experiencia sexual femenina esté marcada por diversas manifestaciones de violencia, a menudo inseparable de la reproducción: concepción, anticoncepción, aborto, parto y crianza de los hijos/as, no permitiendo a las mujeres decidir sobre sus cuerpos y por ende impidiéndoles tomar control sobre sus propias vidas (Rodríguez, 2004).

Bajo este contexto las mujeres con histerectomía son vulneradas en tanto el personal médico se presenta como la persona calificada para decidir sobre su cuerpo. No obstante, más allá de tratarse de decisiones objetivas fundamentadas por razones médicas, los motivos para continuar con los tratamientos o prolongar la fecha de la cirugía se debe en gran parte a estereotipos de género que radican principalmente en que las mujeres deben convertirse en madres.

Dicha situación se ve aún más presente para aquellas mujeres que aún no han sido madres como lo fueron los casos de Erika y Jade. Ambas comparten el hecho de ser mujeres jóvenes, quienes no habían tenido hijos o hijas biológicas, pero sí deseos de tenerlos.

De acuerdo con el relato de Erika, la cirugía se pospuso por mucho tiempo por un deseo personal y también por recomendación de su doctor, mientras que para Jade, la tardanza se dio por una decisión personal hasta que su doctora le recomienda realizarse la histerectomía.

En la historia particular de Erika, llega un momento en que ella misma se da cuenta que no puede seguir posponiendo la cirugía, sin embargo su doctor continúa insistiendo: *“Fue un proceso tan largo, que ya yo fui asimilando la idea, de que ya yo no tenía la capacidad de ser madre biológica, que el cuerpo mío no estaba adaptado para eso”* (Erika, 2021, pp.2-3).

Por otro lado, en la experiencia de Jade, se pospone su cirugía, porque ella así lo desea y su doctora estuvo de acuerdo:

“Yo estuve así por cuatro años, probando opciones, porque además yo soy soltera, no tengo hijos y mi ginecóloga, y eso se lo agradezco demasiado, trató hasta el final de que esto no fuera la salida” (Jade, 2021, p. 3).

La razón principal para someterse a los tratamientos por un largo período de tiempo, es el deseo que tienen algunas mujeres de convertirse en madres, como lo describen tanto Jade como Erika. Pero también, por las recomendaciones de las personas profesionales a cargo, lo fue en gran parte para Erika, quien a pesar de querer convertirse en madre, se dio cuenta de que su cuerpo no podía más, y a pesar de ello su doctor continuó los tratamientos.

Entonces vemos ambos casos, por un lado, donde los médicos a cargo anteponen sus juicios personales, por lo que alargan la cirugía, como sucedió con Erika, y por otro lado,

donde las mujeres intentan hacer lo posible por no perder su útero debido a que eso significa perder la posibilidad de tener hijos o hijas biológicas, como lo fue para Jade.

Este aplazamiento se da con mayor frecuencia en los casos en que las mujeres no han podido engendrar, o solo han tenido un o una hija y se encuentran en un rango de edad donde se supone todavía podrían tenerlos. En aquellos casos donde las mujeres ya habían tenido hijos e hijas, se da una menor insistencia por parte del personal en salud, pero aun así también se intenta no realizar la cirugía.

A pesar de lo anterior, como veremos en el siguiente apartado, las mujeres llegan a sobreponerse y toman la decisión de realizarse la histerectomía, a pesar de que en algunos casos los especialistas no estuvieran de acuerdo. Convirtiéndolo así, en un acto para tomar control de sus cuerpos.

5.3.1.4 Autonomía física a través de la histerectomía: una nueva relación con el cuerpo

Las experiencias de las mujeres con histerectomía revelan que en un principio las decisiones tomadas con respecto a sus padecimientos fueron orientadas principalmente por los y las profesionales en medicina, colocando a la mujer en un rol pasivo. Sin embargo, conforme se agrava su condición, éstas toman un rol más activo con respecto a su salud y sus vidas al cambiar de doctor o al sobreponerse a las opiniones de éstos y así exigir llevar a cabo la operación.

De esta manera, el siguiente segmento se dedica a exponer las vivencias de las mujeres relacionadas con su determinación para llevar a cabo la cirugía de la histerectomía.

Dicha determinación les permitió tomar el control sobre su salud, pero además les significó adaptarse a las nuevas circunstancias producto de los cambios físicos.

Después de varios años de espera por la cirugía, principalmente por recomendación de los médicos a cargo, llega un punto donde las mujeres deciden ponerle fin a la espera y ellas mismas solicitan la extirpación de sus úteros. Siendo ellas quienes vivencian las diferentes manifestaciones corporales de dolor o malestar, en un momento dado deciden recurrir a la operación como la opción que les brindará la calidad de vida que les hace falta.

Erika y Flor tuvieron precisamente que tomar decisiones radicales para tomar el control de sus cuerpos y su bienestar. En este sentido, Erika decidió cambiar de doctor, ya que el profesional con el que estaba no respetaba su deseo de no continuar con los tratamientos, como tampoco el hecho de que éstos no estaban resultando físicamente:

“Y fue más decisión mía e insistencia mía ya al final, porque los doctores seguían buscando otras opciones, pero yo tomé la decisión. La decisión al final que tomé con mi nuevo doctor fue que yo ya no estaba teniendo calidad de vida...” (Erika, 2021, p.3).

Flor por su parte, decidió también dejar de escuchar al doctor que la había atendido por cinco años y viajó a Nicaragua para realizarse la cirugía:

“Y ya después decidí, como dicen, tomar cartas en el asunto, e ir a hacerme la cirugía, porque es lo que recomiendan. Años atrás decía: esperemos que se mejore, porque hasta cierto punto esa era la esperanza que me daba el ginecólogo privado, pero no hubo forma y hubo que hacerlo” (Flor, 2021p. 1-2).

En otras palabras, son las mujeres quienes al no ver cambios en su estado de salud, deciden tomar acciones para que la cirugía se realice. Esto demuestra sus deseos y su determinación por querer estar sanas. En lo que respecta a los profesionales en medicina, siguiendo las declaraciones de las mismas mujeres, se puede decir que éstos habrían optado por continuar con los tratamientos.

Dicho contexto revela, por un lado, la falta de una perspectiva de género en la medicina y por otro, el mantenimiento de la concepción biologicista, las cuales impiden que las mujeres sean vistas por los profesionales en salud más allá de su función reproductora. Resulta difícil así, que la atención de la salud de las mujeres ponga foco en otros aspectos que no sean los reproductivos, de manera que se busquen alternativas oportunas para evitar el agravamiento de su estado físico y emocional.

En ese sentido, que las mujeres hayan decidido llevar a cabo su cirugía y que varias de ellas lo hayan exigido a sus doctores antes de que éstos dieran “luz verde” para realizarla, se vuelve un acto de empoderamiento, puesto que rompe con el rol socialmente impuesto en donde “las mujeres han sido contempladas como meras reproductoras biológicas” (Esteban, 2006).

Contrario a lo que se esperaría socialmente, las mujeres ponen sus vidas en primer lugar y no así, su rol como madres. La cirugía entonces se presenta como la alternativa que les brinda un mejoramiento en su calidad de vida, a la vez que les da poder para decidir sobre sus propias vidas.

Esto no significa que haya sido sencillo y que las mujeres desde el primer momento que se le brinda el diagnóstico tienen claridad de lo que desean hacer. Como se expuso con

anterioridad, en un primer momento son guiadas por los profesionales de la salud y después ellas mismas, debido a lo vivido, van tomando sus propias decisiones.

Una vez que las mujeres deciden llevar a cabo su cirugía, se ven envueltas en un periodo de emociones, sentires y pensamientos vinculados directamente con la intervención, así como también con respecto a la maternidad y el papel de la mujer en la sociedad, asunto que se profundizará más adelante en el apartado 5.3. “Las vivencias corporales de las mujeres”.

Posterior a la cirugía, se experimentan cambios físicos y nuevas sensaciones corporales, mientras que los sentimientos, emociones y pensamientos se mantienen, aumentan o van desapareciendo, dependiendo del caso de cada mujer.

A nivel físico, se producen una serie de sensaciones que de acuerdo con los relatos de las mujeres suelen ser “incómodas” y “dolorosas”, lo cual les impide poder llevar a cabo sus actividades con normalidad. Como muestra de ello, Elena expone que: “*Al principio cuesta incorporarse, si uno se ríe le duele, si uno estornuda le duele, si uno sube gradas, caminar también*” (Elena, 2021, p.9), lo que las obliga por un tiempo a prestar especial atención a los cambios, para una adecuada recuperación, tal como lo indica Flor: “*Fueron como los primeros 6 meses, como ese dolorcillo, seguro la cicatrización, picaba, ardía y una serie de cambios*” (Flor, 2021, p. 5).

El período de recuperación post-cirugía varía entre las mujeres, no todas llegaron a recuperarse física y emocionalmente al mismo tiempo. Para algunas el proceso de recuperación y estabilización emocional es más lento.

Para Larissa, su proceso de recuperación a nivel emocional fue bastante difícil debido a los diversos efectos que la cirugía le ocasionó a nivel físico y mental:

“Tardé muchísimo tiempo en cicatrizar, tardé muchísimo tiempo en recuperarme, no podía caminar normal, que yo quisiera subir una pendiente, o salir de compras. No podía hacerlo. Lo que una mujer regularmente puede hacer en un mes, yo tardé tres meses” (Larissa, 2021, p. 3).

De esta forma, la recuperación y la reincorporación de las actividades cotidianas después de la cirugía de la histerectomía, no es la misma para todas las mujeres, por el contrario varía en cuanto al tiempo y las tareas que se pueden ir retomando.

Es por ello que el grado de transformaciones corporales y personales que se generan después de la histerectomía y la manera de afrontarlos no es el mismo para todas, y se podría decir que depende de varios aspectos.

Uno de ellos tiene que ver con las redes de apoyo de la mujer, otro con las metas o proyecto de vida deseado, así como también por el alcance de la intervención, es decir si la cirugía supuso únicamente el retiro del útero, o por el contrario también incluyó el retiro de los ovarios, cuya función es producir estrógenos y progesterona, hormonas necesarias para el equilibrio corporal.

De acuerdo a las entrevistas, las mujeres que tuvieron redes de apoyo durante todo el proceso de su cirugía, así como aquellas que no tenían previsto convertirse en madres, alcanzan una mejor recuperación física y emocional, mientras que aquellas que no contaron con estas redes, quienes deseaban ser madres, o a las que se les practicó una histerectomía en

la cual se extirparon los ovarios, les resulta más complicado alcanzar un estado físico y emocional favorable más prontamente después de pasar por la cirugía.

Sobre este último aspecto, es importante señalar que dependiendo de la edad de la mujer, la ausencia de los ovarios ocasiona una menopausia inducida, condición que se dio para Larissa, Erika y Cristina.

Según el discurso biomédico la edad promedio en que se produce la menopausia es entre los 45 a los 60 años, e implica el pasaje de la vida reproductiva a la vida no reproductiva, en donde el hito central está marcado por el cese definitivo de las menstruaciones a causa del descenso de la actividad hormonal (Fitte, 2011). No obstante, se puede ocasionar una “menopausia antes de tiempo” a causa de procedimientos médicos, como lo es cuando se realiza una histerectomía con extirpación de ovarios.

Para algunas mujeres es una situación difícil de sobrellevar por los cambios físicos y anímicos experimentados. Larissa, tal como se había mencionado con anterioridad, es una de las mujeres a quien más le ha costado la recuperación física, pero también emocional:

“Cuando empecé a tener estos cambios hormonales, esta menopausia inducida, me tiró la presión también y se me ha complicado muchísimo, porque ya no es igual. Una mujer de 43 años que no quiera salir o que le cueste estar buscando un ambiente un poco más jovial, verdad. Yo soy cero” (Larissa, 2021, p.3).

Desde un punto de vista biomédico, el único proceso generalizable que se vive en la etapa de la menopausia es el descenso de estrógenos y el cese de la menstruación (Esteban, 2006), sin embargo son comunes las afirmaciones que vinculan otros cambios corporales, tales como el aumento de peso, la sudoración, el cansancio, la disminución de la libido (deseo

sexual), así como alteraciones en el humor y el estado de ánimo a cierta edad, con la menopausia.

Esto quiere decir que la menopausia no supone únicamente alteraciones a nivel corporal, sino que es una etapa en la cual las mujeres atraviesan emociones más intensas que antes, pero además, viene acompañada de discursos donde se estigmatiza a la mujer, por sus emociones, sus cambios corporales, sus pensamientos e incluso sus decisiones.

En estos discursos se presenta a la mujer como una figura deteriorada e inservible, que ha perdido o está perdiendo ciertas características o atributos que la hacían una mujer completa, tales como su capacidad reproductora y su juventud (Romero y Sánchez, 2010). Desde este punto de vista, es más complicado atravesar esta etapa, como lo narra Cristina:

“Desde el primer momento en que el doctor antes de operarme me dio las pastillas a ver si me ayudaba a reducir el mioma, aumenté como 10 kilos, entonces eso sí me tenía como muy estresada. El hecho de que mi cuerpo ya no estaba como antes, estaba más gorda. Me vino la menopausia de un sopetón. Entonces yo me levantaba a la 1 de la mañana, 3 de la mañana, sudando todo el cuerpo, así como si me hubiera bañado, a hacerme viento con una hoja, o con algo. Entonces viene –hace una pausa- qué te puedo decir -pausa nuevamente- depresión, decir, bueno vienen cambios de humor, estás triste, te sientes, no sé, como triste, depresivo” (Cristina, 2021, p. 4).

Si bien los cambios físicos experimentados tienen relación directa con la ausencia de los ovarios, es posible que los cambios de ánimo, personales, e incluso la percepción misma que tiene la mujer sobre ella y lo que la rodea, se vea afectada por las representaciones sociales prevalecientes sobre la menopausia.

En términos socioculturales, este es un período en donde la mujer pierde aquello que la “hacía mujer” desde su propia experiencia, por ende, puede ser un proceso difícil de afrontar, especialmente si desde ella también existe una connotación negativa hacia la menopausia y no posee redes de apoyo y recursos que la ayuden a vivirla de una mejor forma.

En este contexto, la autopercepción y la autoestima de la mujer se ven alteradas, lo cual le sucedió a Larissa, como ella misma afirma: *“Yo no tuve ninguna ayuda profesional a quien yo pudiera llamar, decirle que, mira me siento incompleta, esos estrógenos me están inflando, he subido 20 kilos”* (Larissa, 2021, p. 5).

Para Larissa, el no contar con redes de apoyo, le dificultó poder sobrellevar tanto los cambios físicos como psicosociales de la histerectomía, de manera que la recuperación y aceptación de la cirugía se complica aún más.

Mientras que por otro lado, para aquellas que lograron contar con más redes y recursos, especialmente de psicología y terapias alternativas, ya fuera antes o después de la cirugía, les resultó un proceso más llevadero. Este fue el contexto particular de Alma y Jade, quienes gracias a los recursos económicos y educativos que tenían, lograron acceder a acompañamiento profesional durante el proceso:

“Hice psicoterapia para que no me diera miedo. Yo digo en este momento, tal vez si lo conversé en algún momento con detenimiento, puede ser que haya otro motivo, pero el rollo era en mi miedo en no despertar. Era más un miedo de si igual me operan una pierna, si no despierto” (Alma, 2021, p. 4).

“Yo abiertamente he ido a cuanta terapia existe, por ejemplo psicólogo tradicional, psicólogo que usa flores de Bach, entonces era la mezcla de las dos, entonces era

como alternativa, mindfulness, sonoterapia, biocodificación, energías, reiki, o sea en serio, decime una opción y lo más probable es que ya fui –risas- pero es que ha sido esta misma búsqueda de sentirse bien” (Jade, 2021, p. 21).

Aunque no todas las mujeres acudieron a terapias para trabajar los efectos de la histerectomía, es importante destacar que asistieron mujeres que no habían engendrado. Y las razones para acudir a las terapias fueron variadas.

Por un lado, el hecho de perder el útero y con ello la posibilidad de convertirse en madre, como lo fue para Jade. Otra de las razones fue el tener que enfrentarse a una cirugía como cualquier otra, lo cual genera temor por el hecho de las complicaciones que puedan eventualmente darse, como lo fue para Alma. Y por otro lado, el tener que enfrentarse a comentarios negativos e hirientes sobre la cirugía, como lo fue para Erika, quien decide ir a terapia al no saber enfrentar las opiniones de algunas personas sobre su situación: *“Tuve que llevar terapia para poder lidiar con los demás, para poder empoderarme, para saber qué tenía que contestar, si tenía qué, porque en algunas ocasiones no” (Erika, 2021).*

De modo que acompañarse de profesionales en psicología y otras terapias, se da en razón tanto el hecho de perder el útero, lo que se traduce en perder la posibilidad de ser madre biológica, como también del tener que enfrentarse a una situación de alta complejidad y de riesgo vital, como lo puede ser una intervención quirúrgica. Pero además, a estas razones, también se ven casos en que las mujeres deben acompañarse de profesionales para poder lidiar con opiniones cargadas de prejuicios y estereotipos sobre las mujeres, sus cuerpos y la maternidad.

Ahora bien, cabe rescatar que los miedos para algunas mujeres que eran madres, como Iris y Elena, también giraban en torno a lo que pudiera llegar a pasarle a sus hijos e hijas en caso de que ellas fallecieran durante la cirugía, por lo que la preocupación era tanto por lo que les pudiera pasar a ellas mismas, como también por lo que les pudiera pasar a sus hijos en su ausencia. Sobre este punto se profundizará más adelante.

En cualquier caso, las emociones juegan un papel importante en el contexto de la histerectomía, tanto por la pérdida del útero como también por la intervención en sí misma. Se vive desde la incertidumbre de lo que pueda llegar a pasar durante y después de la cirugía, lo cual les genera miedos, angustias e incluso estrés.

Iris relata su preocupación después de la cirugía en relación a su cuerpo y el no hacerse daño a sí misma, incluso mucho tiempo después de la cirugía:

“Como el primer año después de la cirugía queda uno como asustadillo, verdad. Te dan miedo los movimientos muy bruscos. A mí me dijeron que tratara de no levantar los brazos porque se desgarran. Todas esas cositas son como el susto” (Iris, 2021, p. 8).

Asimismo, Cristina relata cómo la experiencia de la histerectomía desencadena otras preocupaciones a nivel de su salud:

“Sabes que me estresa un poco, que también dice que al llegar a esta etapa, puede salir un cáncer de pecho, entonces tengo que estar haciéndome exámenes de pechos para ver que no se me desarrolle un cáncer, entonces eso sí me estresa un poquillo” (Cristina, 2021, p. 5).

A pesar de los miedos de las mujeres, para ellas fue importante poder llevar a cabo la cirugía, pues esto les permitió estar mejor. Si bien la histerectomía trae consigo efectos para las mujeres, cambios corporales y de rutinas, en términos generales están mejor, porque pudieron conservar sus vidas.

De esta manera, para Alma e Iris tomar la decisión de llevar a cabo la cirugía incluso fue un acto “reivindicativo” en tanto se pusieron en primer lugar más allá de los mandatos sociales, como se mencionó en líneas anteriores:

“Tuve una persona que me dijo que porqué permitía que me hicieran eso, que eso me iba a generar muchos problemas a nivel hormonal. Y yo dije: yo soy clara, yo quiero estar viva y si para estar viva tengo que quitarme eso” (Iris, 2021, p. 8)

“Yo en este momento no estaba decidiendo sobre el tema de quedar embarazada, o de un tema sobre la posibilidad de poder tener hijo o no, eso había quedado en un segundo plano. Yo me sentí más bien muy empoderada de decir: “sí me voy a operar” (Alma, 2021, p. 8).

5.3.2 Vivencias corporales y los cuidados posteriores a la histerectomía

Una cirugía implica en la vida de cualquier persona tomar los cuidados necesarios para una adecuada recuperación. Cuando se trata de una histerectomía, integrar estos cuidados se vuelve una tarea difícil, pues son las mujeres quienes generalmente cuidan de los otros y no al revés.

En este sentido, las experiencias a partir del diagnóstico, durante la cirugía y la recuperación post-cirugía, se caracterizan por una constante lucha de parte de las mujeres por no abandonar sus “obligaciones” como madres, esposas y trabajadoras, lo que implica una

autoexigencia respecto al no pausar diferentes actividades relacionadas con estos roles. Por otro lado, también se presentan vivencias en donde las mujeres son cuidadas por otras personas, especialmente por sus mamás, amigas, hermanas o primas y en algunos casos sus parejas.

Para comprender lo anteriormente mencionado, se decidió agrupar los resultados en los siguientes subtemas: estar para los otros, principalmente en lo referente al ámbito familiar de pareja y trabajo, y por otro lado, permitir que otras personas cuiden de las mujeres, un ejercicio que a muchas les costó debido al rol histórico que han tenido las mujeres como cuidadoras.

5.3.2.1 Estar para los otros: familia, pareja y trabajo.

A pesar de que la histerectomía implica un esfuerzo por recuperarse tanto física como emocionalmente, las vivencias narradas por las mujeres evidencian cómo esos esfuerzos son en algunos casos, originados por el deseo de querer estar bien para los otros.

Esta fue una actitud recurrente en la experiencia de Iris, quien intentó en todo momento “estar bien” para que su pareja e hijos no se preocuparan, tal como ella lo comenta en este fragmento:

“Yo no pensé nada hacia mí, en lo que pudiera afectarme la histerectomía a mí. Mi preocupación es que yo tengo que estar bien. Máxime que Carlos Mario es un chico que tiene síndrome de espectro autista, entonces, di, pues preocupa dejarlo en un momento que sí te necesita mucho” (Iris, 2021, p. 4).

Destaca que tanto las madres, como las mujeres sin hijos, no revelan toda la información de su estado de salud con sus seres queridos, esto como una forma de evitarles

preocupaciones. Las mujeres suelen compartir menos información sobre los procesos de salud a los que se van enfrentando, viviéndolos de forma silenciosa.

Al momento de ser internada en el hospital para la realización de su cirugía, Flor no le cuenta a su hija sobre este hecho. En palabras suyas, la decisión la toma debido a que su hija en esos días estaba por rendir exámenes en la universidad:

“Yo no le había dicho. Me internaron un lunes –realiza una pausa- como mi hija ese martes iba a dos exámenes, yo no la quise poner tensa. Y yo decía: ay no, si me pasa algo no me lo va a perdonar” (Flor, 2021, p. 3).

De esta manera, existe una tendencia de parte de las mujeres por no demostrar sentimientos de angustia, preocupación o miedo, con tal de no provocar estas mismas emociones y sentimientos a sus familiares. Esta conducta también se repite en las historias de Elena y Jade, quienes exponen cómo realizaron un esfuerzo para mantener la calma tanto días antes de la cirugía, como durante el tiempo en que se encontraban en procedimientos médicos respectivamente:

“Ellos vieron que yo estaba muy calmada, tenía tres hijos pequeños en ese momento, y en ningún momento demostré que estaba asustada, pero el día anterior sí me puse a llorar. Yo me fui de la casa dos días mientras me operaban. No había angustia preocupación” (Elena, 2021, p.9).

“Durante esos 4 años, mi proceso fue sola, porque además yo no le dije nada a mi mamá ni nada, o sea yo le medio comentaba pero nunca de cómo estaba la situación, ni nada. Ella solo sentía que yo estaba 100% en chequeo” (Jade, 2021, p. 10).

En otras palabras, a pesar del miedo frente a la cirugía o un estado de salud delicado, las mujeres prefieren guardarse información y llevar a cabo sus actividades familiares, laborales y de la maternidad con normalidad. Elena, por ejemplo, no quiso posponer las vacaciones con sus hijos a pesar de que tenía pocos días de haber sido operada: *“lo único fue no meterme al mar, igual iba a para la playa con ellos, o sea hicimos lo que normalmente hacemos”* (Elena, 2021, p.9).

Así, aunque después de la cirugía debe haber un tiempo de especial cuidado y reposo para una adecuada recuperación, en general las mujeres continuaron ejerciendo sus actividades lo más que pudieron, evitando así la preocupación de los demás. Esto no solo se reproduce a lo interno de sus hogares y con sus seres más cercanos, sino también en fuera de él, en el espacio laboral como lo fue para Alma e Iris:

“Fue de trabajo directo en la calle, y en Guanacaste, entonces caminar, que el sol. Entonces a veces lo que yo decía era: “juepuñica, pero si yo lo que tengo son dos meses y aquí estoy pegando una buena carrera, tengo que parar un poco” (Alma, 2021, pp. 5-6).

“Estuve tres semanas con licencia de incapacidad. Esas tres semanas en las casa lo que complica es soltar, verdad. Yo trato de tener mucho control en mi trabajo, entonces ese soltar y desconectarme era un reto complicado” (Iris, 2021, p. 6).

Estos relatos demuestran el esfuerzo realizado de parte de las mujeres por no descuidar sus respectivos trabajos. Se podría decir que para ellas fue fundamental poder mantener un buen desempeño en sus espacios laborales a pesar de las circunstancias.

Esta actitud tomada frente al trabajo se puede deber a los estereotipos de género en el ámbito laboral que las asocian con “la inadecuación, la ineficiencia, altos costos y baja productividad” (Álvarez y González, 2005, p.17). En este contexto muchas mujeres se ven obligadas a mantener cierto control de sus funciones y sus tareas con el fin de que no se cuestione su valía como trabajadora y no peligre así su situación laboral y económica.

5.3.2.2 Permitir que otras personas me cuiden

Atravesar una cirugía con éxito o de la mejor forma posible, parte desde el autocuidado como también de las redes de apoyo con las que se pueda contar. En este caso, la mayoría de las mujeres contaron con redes de apoyo que les permitieron enfrentar la cirugía lo mejor posible. Se identifica que son otras mujeres principalmente, quienes brindan este tipo de apoyos, y en menor medida, para quienes tenían pareja, los maridos.

De esta forma, por medio de las entrevistas, son señaladas a las madres, tías, primas, sobrinas, hermanas y amigas, como las figuras claves que brindan los cuidados fundamentales que la mujer con una histerectomía necesita para recuperarse.

Esta es una de las narraciones que se pueden obtener de parte de Flor y Jade, amigas y familiares mujeres que las acompañaron en su proceso postoperatorio, ya fuera para realizar las actividades de aseo personal, como también para brindarles acompañamiento durante el proceso:

“Vea, me ayudaron mis sobrinas. En el hospital estuvo mi sobrina, toda la semana que estuve por ahí, amistades que llegaban una noche a ayudarme a cuidar, porque uno levantarse de la cama, ir al baño, bañarse. La curación la hacían en el hospital.

Ya después de que salí del hospital, llegó una muchacha que era enfermera, era vecina, a quitarme los hilos” (Flor, 2021, p. 3).

“Yo necesitaba ayuda para bañarme y yo tengo amigas que me ayudaron a bañarme, a ese nivel de buena amiga. O sea tengo amigas que me ayudaron a vestirme. Tengo amigas que me ayudaron a sacarme a caminar, porque era lo único que yo podía hacer” (Jade, 2021, p.11).

Es importante recalcar que históricamente son las mujeres las que se han desempeñado en el rol de cuidadoras, por lo que no es de extrañar que sean fundamentalmente éstas, quienes hayan cuidado de las mujeres durante el proceso de realización y recuperación de su histerectomía.

Son así, otras mujeres del círculo cercano de la mujer con histerectomía quienes están presentes. Alma contó con el apoyo de una amiga, su mamá, una de sus hermanas y una sobrina: *“Durante el post-operatorio mi mamá, hermana y sobrina, ellas llegaron a mi casa. Estuvieron unos días. El primer día tuve una amiga que fue por mí a la clínica”* (Alma, 2021, p.5). Y son éstas además, las que se encargan de las labores domésticas y de cuidado, como lo expone Cristina, en donde desde su experiencia, fue su madre quien se encargó principalmente de estas tareas: *“Mi mamá me hacía que la sopita, me chineaba, me hacía que la dieta blanda.”* (Cristina, 2021, p. 3).

Para las mujeres que son madres, también es importante que otra persona pueda asumir el cuidado de los hijos e hijas, como lo fue para Iris:

“el día de la operación, porque a mí me internan un día y me dan la salida al día siguiente [...] los chicos estuvieron a cargo de mami. De hecho mami me los lleva a que me vean en el hospital el día de la operación en la tarde” (Iris, 2021, p. 9).

En este punto es importante señalar que, aunque algunas mujeres vivían al momento de su cirugía con sus esposos, con quienes además tenían hijos e hijas, las tareas domésticas como lo son la limpieza y el aseo, la preparación de los alimentos, el lavado de ropa y otros las realizó otra mujer, ya fuera la madre como en el caso de Cristina, mencionado con anterioridad, u otra mujer contratada para dichas tareas.

En el hogar de Elena durante este período fue clave la labor de la trabajadora doméstica, tal como ella lo menciona: *“Y bueno teníamos una muchacha que llegaba cocinaba y limpiaba, esas cosas, que igual no las podía hacer al principio, ese problema estaba resuelto* (Elena, 2021, p.6).

Así también sucedió en el caso de Iris, la cual comenta que, además de la ejecución de las tareas domésticas, la persona contratada para ello, también la “chineaba”:

“Lo que yo hacía era que me alistaba en la mañana cuando mi marido salía a trabajar, él venía y me dejaba aquí donde mi mamá. Aquí donde mi mamá pasaba todo el día, y ya en la noche me devolvía con él. Entonces aquí donde mi mamá pagamos una muchacha entre todos y le tocaba chinearne” (Iris, 2021, p.5).

En este sentido, cuando la mujer se encuentra incapaz físicamente de realizar los quehaceres del hogar, es otra mujer, ya sea del círculo familiar o externa, la que asume este rol. Agregado a ello, en este contexto se generan otro tipo de tareas, aquellas vinculadas más

bien con lo emocional, mismas que se expresan a través de distintas manifestaciones de afecto y soporte emocional, como dan cuenta los relatos de Flor y Erika:

“La señora con la que yo me crié me decía: ay no, no, opérate, opérate. Y muchas recomendaciones entre las mismas mujeres, que uno cuenta: opérate, uno queda buenísimo y después de eso hasta mejor, no hay dolores, no hay nada, ni por qué preocuparse”, otras me decían: “no hay embarazos ni nada” (Flor, 2021, p. 5).

“En casa, llegó mi mamá, mi mamá estaba conmigo y una amistad. Ahí se turnaban mis amigas, pero la que me cuidaba, con las comidas y todos los chineos era mi mamá. Tengo tres amigas, súper amigas, una ya no estaba en el país, pero estaba súper pendiente” (Erika, 2021, p. 5).

Lo anterior da cuenta de que las mujeres contaron con el apoyo de redes de mujeres, cuya ayuda se refleja tanto en el asumir distintas tareas domésticas, como también en brindar soporte y contención emocional. Se puede decir entonces, que el trabajo de los cuidados no sólo implica brindar asistencia física, sino que también supone el desarrollo de afectos, relaciones, soporte emocional, etc., aspectos absolutamente necesarios para el desarrollo humano (Carrasco, 2005).

Esto significa que la tarea del cuidado es amplia, en tanto mezcla acciones concretas vinculadas a lo doméstico con los afectos, mismos que se vuelven fundamentales para la recuperación y el bienestar de la mujer después de la cirugía. Por un lado, estos afectos generan tranquilidad como en el caso de Alma: *“Me dieron mucha tranquilidad, me sentí querida, verdad” (Alma, 2021, p. 5).*

O como en el caso de Iris, un sentimiento de ser querida:

“Quizá ese fue uno de los regalos que yo tuve con la histerectomía. Pudiste ver la gente que estaba pendiente de vos, las chiquillas de la oficina me decían: ¿Qué le llevamos?, pero dígame, ¿no tiene antojo de algo rico? Entonces esas preocupaciones de la gente te hacen sentir: bueno, me tienen cariñito” (Iris, 2021, p. 6).

Por otra parte, las mujeres que estaban en pareja al momento de la cirugía, contaron con el apoyo de sus maridos. Aunque en la mayoría de los casos este apoyo no significó encargarse de las tareas domésticas y de cuidado de los y las hijas, pues éstas fueron relegadas a otras personas, como ya se expuso con anterioridad.

Por lo general, el apoyo recibido de parte de los esposos o parejas de las mujeres, refieren principalmente a un apoyo de acompañamiento, es decir de estar cerca de la mujer, como lo expone Cristina: *“Desde acompañarme en las citas, desde ir a la operación, estar ahí, esperar a cuando salía, estar en la recuperación”* (Cristina, 2021, p. 3), y también como lo comenta Iris: *“en el hospital, mi marido no se despegó de mi lado ni un solo instante”* (Iris, 2021, p. 5).

Y cuando el papel del hombre traspasa esa acción de acompañar, es decir cuando se encargan de hacer la comida, cuando van por un remedio, o se encargan de alguna tarea que por lo general es realizada por las mujeres, se tiende a ver como una atención extra, por lo que las mujeres sienten que están siendo sobre-atendidas, o que están recibiendo algún tipo de atención especial.

Esto se refleja en afirmaciones dentro de sus relatos, al referirse a estos cuidados o actividades como “chineos” que reciben de parte de sus parejas, como se puede constatar a través de la siguiente narración de María:

“creo que estuvo muy preocupado antes de la cirugía por mi estado físico. Él es un hombre muy comprometido con las relaciones de familia, pero ya una vez que pasó la cirugía, que pasó la parte de la chineason, de esos días recién de la cirugía, todo ha sido normal” (María, 2021, p. 7).

Chinear es una palabra popular que podría homologarse a mimar o consentir, por lo que las atenciones recibidas por las mujeres mientras están recuperándose de la cirugía, son entendidas por éstas como mimos que reciben y no como parte de la corresponsabilidad de la vida familiar y de pareja. Esto significa, que no existe una concientización sobre las tareas de cuidado por parte de las parejas, y cuando son realizadas, las mujeres las encuentran “extraordinarias”.

5.4 Significados alrededor de la histerectomía

En este último apartado se presentarán los principales significados otorgados a la histerectomía, extraídos de las propias reflexiones de las mujeres. Como se ha expuesto con anterioridad, si bien la histerectomía como intervención quirúrgica genera cambios físicos importantes, también repercute a nivel de la vida cotidiana, de manera que lo fundamental de esta sección es presentar cuáles son las principales reflexiones, perspectivas y sentidos que las mujeres le otorgan a las vivencias originadas por esta cirugía en relación a distintos aspectos en sus vidas.

Es así como se agrupan reflexiones y vivencias de las mujeres en torno a cinco aspectos vinculados con la experiencia de la histerectomía: el útero, la calidad de vida, la ausencia de la menstruación, la maternidad y la histerectomía como lección de vida.

5.4.1 El útero

El útero es el órgano que se extrae cuando se practica una histerectomía. Puede que se extraiga sólo éste, o como ya se ha mencionado con anterioridad, dependiendo del estado en que se encuentre la mujer, es posible que se retiren otras partes de su aparato sexual. A nivel biológico, el útero permite el desarrollo de la gestación, por lo que a nivel social es altamente valorado, ya que está ligado a la representación sociocultural de la identidad femenina.

De esta forma, la experiencia en la cual el útero es retirado del cuerpo de la mujer genera en ella sentimientos y reflexiones, por un lado, en relación a la ausencia del órgano en sí mismo y por otra, asociados a la pérdida de su función reproductiva; situación que se presenta en la mayoría de los casos de manera simultánea, es decir entremezclados, aunque por cuestiones de orden los presentemos de manera separada.

5.4.1.1.El útero como pérdida

La pérdida de un órgano o alguna parte del cuerpo es una circunstancia que transforma la vida de la persona y a raíz de la cual se genera un periodo de duelo. Sin embargo, debido a la diferencia entre los sexos femenino y masculino, diferencias que se basan a partir de características anatómicas, existen órganos como los sexuales que contienen una carga simbólica relevante, por lo que la extracción de alguno de estos puede vivirse como la pérdida de esas características del género.

Este es precisamente el caso del útero, órgano que tiene como función principal permitir la reproducción, función que a su vez se relaciona simbólicamente con el don de dar la vida y el ejercicio de la maternidad; ambos eventos construidos socioculturalmente como partes imprescindibles de la identidad del género femenino.

De acuerdo con Chaves (2007) el útero es un órgano que socialmente representa lo femenino; su pérdida está rodeada de mitos y creencias populares que afectan el autoestima y la autoimagen de la mujer, así como también su capacidad de enfrentar su proceso de recuperación. Algunos comentarios realizados a las mujeres por parte de personas conocidas, familiares, e incluso amistades, reflejan el imaginario alrededor del hecho de que la mujer no tenga su útero.

Ejemplo de ello son algunas frases dirigidas a Erika, como la siguiente: “*Diay, pero cómo, tan joven, pero ya sos un árbol seco*” (Erika, 2021, p. 2), o la frase que una amiga le dijo a Alma: “*Se te quitó tu fuerza vital*” (Alma, 2021, p. 7), o también el comentario que escuchó Jade de parte de una señora: “*Ay esa pobre mujer que no puede quedar embarazada, qué estará pagando*” (Jade; 2021, p. 15) las cuales ocasionan que las vivencias de las mujeres estén marcadas por la culpa y el castigo (Lagarde, 2015).

De forma implícita, estos comentarios llegan a culpabilizar a las mujeres sobre el hecho de no poder engendrar, haciéndolas sentir mal, como lo afirma Erika: “*Y son hirientes, uno está un poco sensible a todo, está pasando por un proceso y siente duelo, y siente tristeza, y enojo*” (Erika, 2021, p. 2).

Por otro lado, una de las creencias compartidas por parte de algunas mujeres cuando su útero fue retirado es la sensación de un “vacío” o la “falta de algo”. Mar mencionó durante

la entrevista que: *“yo al principio me sentía como que estaba vacía, como que me faltaba algo, porque me faltaba algo en realidad, pero vieras que eso fue, tal vez como los primeros seis meses”* (Mar, 2021, p.4).

Este vacío también se puede asimilar a la “pérdida de algo”, como lo expone Erika:

“Una cosa que es muy sencilla, que uno no entiende, por qué uno siente luto, o sea, como si uno hubiera perdido, y por qué uno se siente después de ese proceso – a uno le da vergüenza decirlo, ya ahora a mí no me da vergüenza pero en un inicio uno le da vergüenza decirlo “¿por qué me siento menos mujer?”-. ¿Por qué sentirse menos mujer?” (Erika, 2021, p. 2).

En consecuencia, la sensación de pérdida o de falta de un algo, tal como se expresa en los relatos de Erika y Mar, refieren a un quiebre en su identidad como mujeres, ocasionado por el retiro de sus úteros, mismo que da como resultado la sensación de sentirse “menos mujer”. Es importante señalar que dicha sensación, se presentó tanto en mujeres que no habían sido madres biológicas, como Erika y Mar, como también en mujeres que sí habían tenido hijos o hijas, como en el caso de Cristina, lo que se refleja en la siguiente frase: *“Díay, ya no tengo nada, quedé vacía por dentro”* (Cristina, 2021, p. 2).

De todas maneras, sea que hayan podido engendrar o no antes de la cirugía, la condición física suscitada por la histerectomía genera un período de duelo en algunos casos. Bajo este contexto es común que las mujeres transiten por momentos de crisis, de contradicciones internas y de desconocimiento de sí mismas, cuando no pueden encajar en el ideal femenino (Lagarde, 2015). Ante la pérdida de su útero se encuentran en una nueva

condición física pero además social, pues dicha pérdida también significa la imposibilidad de engendrar, y por ende no encajar en el modelo hegemónico femenino.

En este sentido, surge un cuerpo que se distingue de la norma corporal femenina, uno que aunque previamente significó como femenino, no guarda ya las mismas características por las que fue definido así (Aguayo, 2021). De este modo, la histerectomía plantea un período de duelo altamente reflexivo acerca de su propia identidad como mujeres y también en relación a su valor como personas. Al respecto, se pueden rescatar las siguientes experiencias de Alma y Larissa:

“Después de que te operaron, ya no importaste. Yo sentí que después de que pasó la cirugía, al día siguiente igual lo que importa es di, sí: no se levante, llame a alguien, tome agua. En algunos momentos llamé para algo, seguro me sentía mal, y ya dejé de importar, porque lo que importaban eran las embarazadas, eso sentí yo” (Alma, 2021, p. 6).

“A nivel social hay una idea o una cultura, una consigna donde si usted no tiene útero, por ejemplo, la verdad que usted es una mujer vacía, vas a servir solo para ciertas cosas, que la misma sociedad impone, porque una mujer sin útero, aunque ya tenga un hijo no es válido por la edad, por ejemplo, entonces usted no esta tan vieja para no tener útero, usted no esta tan vieja para no tener más hijos, usted no está tan vieja como para pasar por eso, pero diay pobrecita, es que una mujer enferma ¡qué tirada!” (Larissa, 2021, p. 7).

Una vez que concluye la cirugía se produce una sensación de que algo cambió no solo a nivel físico, sino también sobre el cuerpo social, es decir sobre lo que ese cuerpo ahora

simboliza. En ambos relatos, tanto en el de Alma como en el de Larissa, hay un intento por comprender por qué se sienten distintas posterior a la histerectomía y a la vez por qué su entorno cambia la forma de relacionarse con ellas.

Esto se puede comprender a partir de que, el valor social como mujeres reside en las formas, características y funciones de sus cuerpos (Aguayo, 2021), de manera que al cambiar una parte corporal, cuya carga simbólica está en torno a lo femenino, existe la posibilidad de una disminución en el valor social como mujeres. En lo práctico, esto se refleja en la forma en que son percibidas por otros, así como en los valores vinculados con la autopercepción que reconstruyen las mujeres después de la cirugía.

Es en este contexto donde las mujeres se ven envueltas en diálogos internos acerca de su identidad, su valor como mujeres y como personas. Es un intento por encontrarle un sentido a su histerectomía y con ello la pérdida de su útero. Se genera así, una lucha contra los estereotipos de género, que asignan el valor social de las mujeres en función de su capacidad reproductiva, lo cual se expondrá en el siguiente apartado.

5.4.1.2.El útero: más allá de su función reproductiva

Aunque se ha dicho que la función biológica del útero es básicamente permitir la reproducción, para muchas mujeres su extirpación adquiere otros significados al identificar que sin él se presentan cambios físicos importantes que pueden llegar a afectar su salud, sus hábitos y su cotidianidad.

Como parte de las reflexiones de las mujeres, no tener un útero no se trata exclusivamente de no poder tener hijos o hijas biológicas, es decir, va más allá de la

reproducción. Con la extirpación del útero se producen cambios corporales que generan a su vez cambios en sus rutinas.

De esta manera, una de las reflexiones más importantes relacionadas con la histerectomía se vincula con la función que el útero cumple. Se pone en discusión la concepción biologicista en la cual se define que solo está presente para hacer posible la concepción. Una vez que las mujeres se someten a la histerectomía, empiezan a notar cambios en sus cuerpos y a la vez se cuestionan si el útero más que posibilitar la reproducción, también permite otro tipo de regulaciones corporales, como se evidencia en la siguiente cita de Erika:

“El útero es el órgano donde irriga más sangre, es el órgano más grande de la mujer, donde hay más irrigación sanguínea, entonces al cambiar eso modifica mucho lo que es el metabolismo, y además involucra lo que son las hormonas. En mi caso, se dejaron los ovarios, pero aun así, el ovario se hace un poco vago, o un poco lento a generar hormonas, porque no tienen donde enviarlas, verdad. No está el útero”
(Erika, 2021, p. 1).

A partir de esta reflexión Erika empieza a comprender que el útero cumple también otras funciones dentro de su cuerpo, necesarias para un buen estado de salud y un equilibrio del mismo.

Se genera entonces un proceso mediante el cual las mujeres aceptan que su ausencia va más allá del poder ser madre, y empiezan a ver su falta como el posible generador de otros padecimientos o nuevas manifestaciones corporales, como lo podemos constatar en el siguiente relato de Alma:

“Yo ahora sí estoy percibiendo cambios que a veces relaciono con el hecho de no tener útero. Yo digo: ah puñica, ahora tengo que empezar a cambiar, a identificar que me falta, verdad, estrógenos, que más proteínas, o qué debo dejar de comer, o qué consumir más, porque ya ahora estoy en una etapa que, di, ya los cincuentas, si uno se pone muy cronológico” (Alma, 2021, p. 6).

Por otra parte, contraria a la concepción anterior, hay otros casos en los cuales se menciona a las mujeres que el útero es más bien el causante de enfermedades y que por lo tanto es mejor retirarlo. Fue así como a la mamá de Erika, a quien también le practicaron una histerectomía, una amiga la animó a realizarse la cirugía: *“mi mamá tenía una amiga enfermera que siempre decía –que fue la que le insistió- no, no, hay que hacerse eso, porque ya mujeres mayores con el útero solo sirve para cáncer”* (Erika, 2021, p. 6).

Cuando se presentan este tipo de conversaciones en las que se manifiesta la posibilidad de que el útero en algún momento “falle” o no funcione bien, genera un miedo en la mujer y también una especie de resignación frente a la histerectomía, como lo fue desde la vivencia de Erika: *“Entonces ya ahí, yo solo tenía eso en la cabeza, que mujeres mayores tenían que quitarse eso, porque solo servía para cáncer”* (Erika, 2021, p. 6).

En esa misma línea las mujeres aceptaron la cirugía de la histerectomía como la posibilidad de lograr un estado de salud mejor al que tenían, y aunque como se expuso en páginas anteriores, si bien esto significó un cuestionamiento a su identidad como mujeres, más importante que eso fueron sus deseos de mantenerse con vida, como lo explica Jade: *“Entonces a uno lo que le da miedo en el momento, vamos a ver – realiza una pausa- es perder la vida que uno ha tenido, mucho más allá del útero”* (Jade, 2021, p. 9).

En resumen, para las mujeres adquiere sentido que el útero sea extirpado mediante una intervención quirúrgica, porque tenerlo en sus cuerpos les generaba distintos malestares. Es así como para las mujeres de esta investigación, el significado del útero se amplía y pierde su vinculación exclusiva con la reproducción.

Esta nueva visión o significado del útero se da por una parte, como un órgano que de no funcionar bien puede llegar a generarles distintas enfermedades e incluso quitarles la vida, y por otra parte, como un órgano que estando saludable cumple otras funciones importantes en cuanto al equilibrio corporal.

5.4.2. Histerectomía y calidad de vida

Como parte de la experiencia y del proceso de encontrarle sentido a lo vivido, las mujeres reflexionan tanto en las entrevistas personales como en el taller grupal acerca de las repercusiones de la histerectomía en sus vidas, repercusiones que para la gran mayoría de ellas fueron favorables, ya que mejoró considerablemente su calidad de vida.

Antes de la cirugía, como se ha detallado anteriormente, el estado físico del útero provocaba que las mujeres sufrieran de dolores, padecimientos y malestares que las afectaban en su vida cotidiana, esto hizo que la mayoría de ellas pasaran de no querer operarse a desear que les retiraran sus úteros, como sucedió para Larissa: *“En algún momento como tenía tantísimo dolor, llegué a desear no tener más el útero para no volver a menstruar, porque eran unos dolores que me dejaban inútil, me enfermaba, me enfermaba cada vez que menstruaba”* (Larissa, 2021, p. 7).

Las menstruaciones abundantes, los dolores y malestares en general se convierten en factores que, desde el punto de vista de las mujeres, disminuían su calidad de vida, así lo

afirma María: *“Mi vida después de la histerectomía fue otra, porque mejoré un montón. Antes de eso tenía muchos años de padecer muchos dolores, sangrados, entonces decidí operarme, fue totalmente otra cosa”* (Mar, 2021, p.1).

Una vez que las pacientes son operadas y logran recuperarse del post-operatorio, empiezan a observar distintos cambios importantes a nivel físico corporal, un ejemplo de ello fueron los cambios positivos observados por Alma: *“Mirá, cuando yo me agachaba y me dolía, era porque esa cosa me apretaba. Entonces para mí fue sacar una cosa que me hacía daño”* (Alma, 2021, p. 10).

Agregado al bienestar físico se suma una mejora a nivel emocional, tal y como se puede exponer en la siguiente narración por parte de María:

“Mi calidad de vida mejoró después de esto, el poder hacer una vida totalmente normal y tranquila, con respecto a no sentirme mal o que: ya viene el periodo, ¿cómo va a ser esta vez? Si va a ser igual que la vez pasada, si me voy a desangrar y me tienen que hospitalizar de nuevo” (María, 2021, p.6).

Entonces, el poder llevar a cabo la histerectomía se vuelve importante, pues permite alcanzar un mejor estado, como lo señala María, tanto en el plano de lo físico como en el plano emocional.

Aunque el dolor es de origen somático y tiene una localización física, el sufrimiento está en la persona, la invade como una sensación que trasciende el límite de lo corporal (Saldívar, 2013). En ese caso el dolor desaparece, pero no sólo el dolor físico originado por las enfermedades dentro del propio útero, sino que se borra el dolor en tanto expresión del malestar generalizado que invade a la mujer producto de su situación: *“Yo me sentía tan bien*

después de la cirugía. Yo digo siempre fue como una varita mágica, fue como que se me quitaran todos los males” (María, 2021, pp. 3-4).

Por ende, las repercusiones de la cirugía alivianan a la mujer en ambos sentidos: físicamente, porque que se eliminan los malestares en su cuerpo y emocionalmente, pues se eliminan o se disminuyen las diferentes preocupaciones en torno a la enfermedad o al agravamiento de ésta.

Una de las grandes preocupaciones de las mujeres antes de la histerectomía era morir. Antes que el hecho de no tener hijos o hijas biológicas por ejemplo, a las mujeres les daba temor que su situación no pudiera resolverse y tuviera un desenlace fatal. Estos miedos se veían intensificados cuando tenían alguna cita médica, cuando esperaban los resultados de exámenes, o cuando experimentaban algún episodio de fuertes dolores. Al respecto se puede rescatar la siguiente cita de la entrevista con Erika:

“Cada tres meses me hacía exámenes, cada tres meses me hacia PAP, después cada seis meses me hacia PAP, siempre era como a la expectativa de que no saliera nada verdad, entonces no vivía, siempre estaba con el miedo de que se presentara un problema o que hubiera una úlcera cancerosa, o alguna cosa así, no tenía paz”
(Erika, 2021, p. 3).

Así, cuando se logra resolver la raíz de sus padecimientos, como lo exponen los relatos de Erika o María, se logra alcanzar un bienestar físico y a la vez se genera una mejora en su estado anímico y emocional, pues las sensaciones de intranquilidad, incertidumbre y preocupación desaparecen.

Asimismo, desde la mirada de las mujeres, las maneras de desenvolverse en algunos espacios sociales se vieron modificadas positivamente a partir de la histerectomía. Elena comenta lo siguiente: “*A veces me tocó cambiarme un tampax detrás de un palo, llevar una bolsita, diay, había que hacerlo. Entonces después de la operación el hecho de no tener más regla, me pareció una maravilla*” (Elena, 20212, p. 5).

Posterior a la cirugía tanto de Elena como de otras mujeres, se hace notar una mejora en su cotidianidad, y dejaron de percibir ciertas limitaciones con la llegada de la menstruación. Esto hace que la percepción de calidad de vida aumente.

Es necesario plantear que, la percepción que se tiene sobre la calidad de vida “es influenciada por la forma como cada persona se valora y se percibe en su mundo social” (Cuamatzi y Villela, 2009, p. 13), por ende, para las mujeres es importante el poder salir de sus casas sin tener que estar preocupadas por su periodo menstrual, por los dolores, por el cambio de ropa o elementos que acompañan su período, que anterior a la cirugía les impedía poder desenvolverse como ellas hubiesen querido, como lo expone Mar: “*Entonces yo cuando sabía que me iba a venir mi menstruación ni paseos, ni visitar nada, yo no salía para nada*” (Mar, 2021, p. 3).

Paralelo a las mejoras que las mujeres consideran se produjeron a partir de la histerectomía, se destaca el cuestionamiento hacia el discurso que normaliza el dolor en los procesos sociobiológicos. En el caso particular de las mujeres con histerectomía, sobrevienen reflexiones sobre cómo se debe vivir el proceso de la menstruación. Al respecto, se puede retomar la siguiente reflexión de Erika:

“A las mujeres nos acostumbran a que tenemos que sentir dolores menstruales y demás. Y la verdad eso no debería ser así, una mujer sana no debería pasar por tanto dolor, o tanto sangrados, y malestares” (Erika, 2021, p. 1).

Generación tras generación se va instalando en el pensar de las mujeres que los procesos como el de la menstruación van acompañados de dolores, de forma tal que se asumen esas sensaciones como parte de lo que deben experimentar cada mes, así, también con la histerectomía se genera un cambio de percepción en cuanto al dolor durante el período menstrual, en este sentido se deja de normalizar.

Otro aspecto vinculado con la calidad de vida de las mujeres con histerectomía, se encuentra en el plano de la vida íntima o sexual. Este es un elemento que causa preocupación a quienes deben someterse a esta cirugía, pues existe el temor de que su vida sexual se vea afectada, tal como lo cometa Cristina: *“¿Será igual? ¿Voy a tener algún problema? ¿Ya no voy a sentir lo mismo, mi esposo ya no va a sentir lo mismo?”* (Cristina, 2021, p. 2) o como bien lo expone en el siguiente relato Alma:

“En algún momento muy cercano creo que tuve temor, con este tema de las relaciones sexuales. [...] sí tenía temor de dolor, o de que fuese a sentir más o menos. Por dicha tuve alguien en ese momento, luego con las prudencias del caso, con el que pude identificar que no era cierto, que efectivamente son mitos” (Alma, 2021, pp. 8-9)

Como lo explica el relato de Alma y Cristina, algunas mujeres creen que con la cirugía puede verse disminuido su placer sexual, sin embargo, tiempo después se dan cuenta que esto solo es un mito y que la cirugía en sí misma no debería de afectar la calidad de las relaciones

sexuales. Incluso para algunas mujeres con serios problemas en sus órganos sexuales, la cirugía más bien les trae beneficios, como lo fue en el caso de Erika:

“Antes de la histerectomía a nivel sexual era muy complicado, tenía muchos dolores, muchos problemas, a veces sangrados, y que vergüenza, verdad. Uno estaba lleno de vergüenzas, entonces realmente no lo disfrutaba. Eso es otro pro. Otra cosa buena. La vida sexual mejoró totalmente” (Erika, 2021, p. 10).

Como se puede observar, para el caso de Erika, la cirugía de la histerectomía además de quitarle los dolores y constantes malestares físicos como se exponía en páginas anteriores, también le mejoró su vida sexual, pues dejó de experimentar dolores durante el sexo permitiéndole así tener una sexualidad más placentera.

Solo para una de las mujeres participantes de la investigación, la vida sexual después de la cirugía se vio afectada considerablemente, este fue el caso de Larissa, quien menciona que:

“Mi sexualidad se murió con la cirugía. Al principio estaba muy muy seca al punto que una penetración dolía. Ahorita, ya no estoy tan seca, pero el deseo cero. Muerta. Y si en algún momento mi esposo me aborda muy seguido, yo me quito, yo no quiero, es una cosa terrible” (Larissa, 2021, p.4).

En el caso de Larissa los cambios producidos después de su cirugía son percibidos como negativos, debido a que su vida sexual y sus estados de ánimo cambiaron radicalmente. Es por ello que se hace necesario mencionar que, la calidad de vida de una mujer que se enfrenta a una pérdida corporal, dependerá mucho de cómo ésta logre sobrellevar el duelo (Plaza y Rosario, 2014).

En otras palabras, la calidad de vida de cada mujer con histerectomía depende de factores diversos. Si los cambios generados después de la cirugía no son percibidos como positivos por ella misma, su experiencia con la histerectomía en general se tiñe de un sentido negativo.

Sin embargo, en términos generales, se puede decir que la histerectomía generó en el mediano y largo plazo una mejora significativa en la vida de la mayoría de las mujeres que participaron en esta investigación.

Tal como ellas mismas lo afirmaron, este mejoramiento se manifiesta en el bienestar físico alcanzado, así como también en un bienestar psicosocial, debido a que no persisten dolores ni malestares físicos, pero tampoco una carga mental ni emocional, pues también deja de existir el peligro de muerte y de una posible enfermedad grave, de manera que pueden llevar su vida cotidiana con mayor libertad.

5.4.3. La ausencia de la menstruación

Parte de los cambios generados después de la histerectomía es el cese de los períodos menstruales. Junto a este cambio corporal también se observa un cambio en el sentido que se le otorga a la menstruación.

Dependiendo del ciclo vital en que se encuentra la mujer, a la menstruación se le atribuye un sentido sociocultural determinado. Cuando una mujer empieza a menstruar se entiende que se ha convertido en mujer, en señorita y que goza de fertilidad, pero además, por otra parte que también es dolor, molestias e incomodidad; con la llegada de la menopausia esos significados se invierten y se genera un alivio al ya no padecer los dolores, no se tiene

miedo de un embarazo no deseado y se goza de una vida sexual más plena (Romero y Sánchez, 2010).

Aunque las mujeres que participaron de este estudio dejaron de menstruar como parte de los efectos de la histerectomía, igualmente viven el alivio que se produce en la etapa de la menopausia al ya no menstruar.

Así, para Mar, la ausencia de la menstruación es un acontecimiento valorado puesto que le significó no padecer más molestias ni incomodidades: *“yo me sentí mucho mejor, porque esos dolores, cada vez que me venía la menstruación prácticamente pasaba acostada, a parte de los dolores el sangrado, imagínese que yo quedaba con anemia cada vez que me venía la menstruación”* (Mar, 2021, p. 3).

Antes de la cirugía el periodo menstrual se liga a los dolores, de manera que cuando estos desaparecen genera un consuelo. Es por ello que, no tener más períodos menstruales representó un cambio positivo en la vida de las mujeres tal y como lo plantea en este fragmento Erika: *“No le voy a mentir, no menstruar es bonito, más que uno lo hacía no sanamente y que no era programado, ni nada, era un caos aquello”* (Erika, 2021, p. 8).

Agregado a lo anterior, para algunas de ellas también se convirtió en una oportunidad para vivir su sexualidad sin miedo de un embarazo no deseado, como lo comentó Flor: *“No hay embarazos ni nada”* (Flor, 2021, p.8), y también Iris: *“Se abrió la fábrica, ya no había que cuidarse, ya no había preocupación, ya más bien tranquilos”* (Iris, 2021, p. 7).

Por otro lado, es importante mencionar que en promedio la histerectomía fue practicada a las mujeres alrededor de los 40 años, además la mayoría de ellas ya había tenido al menos un hijo o hija, condiciones que influyen en una mejor aceptación tanto para la

histerectomía como para la ausencia de la menstruación, como lo expuso la misma Elena: *“Yo ya tenía a mis tres hijos. Yo estuve en un salón, donde muchas eran histerectomía, y si me acuerdo de una muchacha joven que no tenía hijos. Eso me pareció triste”* (Elena, 2021, p. 5).

Mientras que las mujeres a quienes se les realizó la histerectomía cerca de los 30 años, con la ausencia de la menstruación, si bien existe la sensación de alivio que se mencionaba con anterioridad, se generan otras reflexiones en torno al cese de los períodos menstruales. En este sentido, Jade comenta lo siguiente:

“Y bueno voy a decir una cosa, aunque eso es lo más maravilloso que nos puede pasar a nivel de no tener la regla y la comodidad que eso implica, fue como mi primer golpe de realidad. Ya no tenés la regla, ya no tenés esto, ya no vas a poder tener un embarazo” (Jade, 2021, p. 9).

De este modo, para las mujeres más jóvenes que no habían sido madres, la interrupción de la menstruación trae consigo un cuestionamiento vinculado con el rol de la maternidad. La menstruación es una característica central de la identidad social de ser madre o al menos tener la potencialidad biológica de serlo (Gálvez, 2016), así el hecho de que no exista la posibilidad de quedar embarazada aun cuando por la edad podría ocurrir, es más complejo de sobrellevar en otros casos.

Es por lo anterior, que en algunos otros casos, la ausencia de la menstruación además de significar un alivio, así como la sensación de tranquilidad, también representa en algunos otros casos, perder la posibilidad de convertirse en madre, como lo exponía Jade.

5.4.4. La maternidad

Otro de los aspectos sobre el cual las mujeres con histerectomía reflexionan es sobre la maternidad. En segmentos anteriores, se ha evidenciado que el rol de las mujeres y su identidad femenina se han construido en gran parte en torno a ésta, de manera que, siendo la histerectomía una intervención que elimina esta posibilidad, genera en las mujeres distintas reacciones, reflexiones, e incluso cambios en sus proyectos de vida.

Dicho lo anterior, el siguiente apartado se dedica a problematizar precisamente los significados que tiene la maternidad para las mujeres. Para ello se han dividido las reflexiones entre quienes sí son madres y quienes no, ya que es un elemento relevante que genera reacciones distintas.

5.4.4.1. Mujeres que son madres

En esta investigación participaron en total 6 mujeres que tuvieron hijos o hijas antes de la histerectomía, ellas son: Flor, Elena, Iris, María, Larissa y Cristina. En sus casos, tal como lo exponen en sus relatos, fue uno de los motivos por lo que la operación no representó una preocupación en torno al asunto de la maternidad.

Para estas mujeres, ser madres es algo que estaba dentro de sus proyectos de vida, de manera que reconocen que de no haber podido tener hijos o hijas antes de la cirugía, hubieran tenido una menor aceptación y el proceso hubiera sido más difícil de sobrellevar. Esto se puede constatar por medio de la siguiente narración de Iris:

“Una de las razones por las que yo digo que saquen lo que haya que sacar, es porque ya estaban los dos monstruitos. Yo siempre quise ser mamá, pero yo creo que si hubiera sido antes de ellos, me hubiera costado más la decisión y sí me hubiera

afectado mucho más, porque habría negado en algo que quería ser” (Iris, 2021, pp. 11-12).

La posibilidad de convertirse en madre es importante tanto para Iris como para otras mujeres, porque es la forma en que pueden ajustarse a los patrones de género establecidos. De esta manera, cuando ha sido posible amoldarse al papel de madre, la operación de la histerectomía no representa una amenaza y logran prontamente aceptar el hecho de que el útero deba ser retirado.

En ese sentido, hay una relación directa entre la identidad femenina y el ser madre para las mujeres que sí pudieron engendrar. En estos casos, como lograron tener hijos o hijas antes de la cirugía, las mujeres manifiestan que alcanzaron “realizarse como mujeres”, como lo explica Cristina:

“Si no hubiera tenido a mi hijo hubiera sido totalmente diferente, porque nunca vas a poder tener un hijo, de que te perdiste esa oportunidad, no me siento mujer, pero tener un hijo, eso cambió totalmente la perspectiva. Yo digo pude realizarme como mujer” (Cristina, 2021, pp. 10-11).

¿Qué significa en el caso de Cristina realizarse como mujer? Si se parte de que el rol tradicionalmente impuesto a las mujeres es el de ser madres, poder interpretar este papel se convierte para muchas en la realización máxima como mujeres, más allá de poder desempeñarse en otros espacios personales o sociales. En este sentido, la maternidad organiza el ciclo de vida de las mujeres y sustenta el sentido de vida para ellas (Lagarde, 2015).

Es por ello, que las vivencias de las mujeres-madres que se someten a la histerectomía, se da bajo condiciones distintas respecto a las mujeres que no lo fueron, como

se expondrá más adelante. En estos casos, las mujeres no se sienten amenazadas respecto a su identidad y sufren menos los señalamientos de aquellas que no han podido convertirse en madres biológicas.

Las preocupaciones de las mujeres que sí son madres, estuvieron más ligadas a lo que hubiera podido pasar durante la operación, es decir, que no se fuera a complicar la cirugía en términos vitales, por lo que los aspectos identitarios del género permanecen relativamente intactos, es decir, no se cuestionan el hecho de ser menos mujeres, como se puede constatar en la siguiente cita de Elena, en la cual un amigo de su hermana le preguntó sobre su estado emocional frente a la cirugía:

“¿Cómo está emocionalmente?, porque es una operación que es muy delicada para muchas mujeres, y muchas se sienten menos mujeres. Y ella me lo comentó y a mí no se me había ocurrido. ¡Bueno! Yo ya tenía a mis tres hijos” (Elena, 2021, p.5).

Es así como la principal razón para que las mujeres acepten mejor su histerectomía y puedan asimilar el proceso con mayor aprobación, es que habían podido ejercer la maternidad.

5.4.4.2. Mujeres que no son madres

Por otra parte, están las mujeres que se practicaron una histerectomía y no fueron madres antes de la operación. En total cuatro mujeres que participaron de este estudio, no tuvieron hijos o hijas antes de la cirugía. De estos cuatro casos, dos mujeres se realizaron su cirugía alrededor de los 30 años y sí querían ser madres, ellas son: Jade y Erika. Mientras que las otras dos se operaron alrededor de los 40 y la maternidad no estaba dentro de sus proyectos de vida, que corresponden a Mar y Alma.

A pesar de que la maternidad sólo estaba contemplada en los planes de Jade y Erika, para Alma y Mar, es un aspecto que de todas maneras las acompaña a lo largo de su proceso de la histerectomía, ya sea porque surge como una conversación con sus médicos, se dan comentarios por parte de sus familiares, o por las reflexiones internas con ellas mismas al respecto.

Es así como por una parte, se dan distintos intercambios acerca de la maternidad entre paciente y médico, en la cual muchas veces los doctores insisten a la mujer intentar quedar embarazada, a pesar de que existan razones biológicas y pruebas científicas que confirmen que el cuerpo no tiene esa capacidad, como lo explica Mar a partir de las conversaciones con uno de sus doctores: *“El doctor me dijo: si querés probar tener hijos podés intentarlo antes de operarte. Me dijo: no creo, porque eso que usted tiene no deja tener hijos, pero podés intentarlo”* (Mar, 2021, p. 4).

También las mujeres hacen notar los comentarios que reciben por parte de familiares y amistades en relación a la pérdida de la posibilidad de quedar embarazada, en la cual se llega a consultar sobre qué va a pasar con las mujeres en relación a la maternidad.

Esta es una experiencia compartida que tienen Jade y Alma, a quienes se les consulta sobre el evento de la maternidad en sus vidas, como ellas mismas afirman. A Jade se le consulta por la opción de adoptar: *“¿qué vas a hacer, vas a adoptar?”* (Jade, 2021, p. 10). Mientras que a Alma se le recomienda, porque en caso contrario no tendrá quien la cuide: *“El tema de los hijos, que no voy a tener quien me quiera, quien me cuide, verdad, entonces “por dicha tenés muchos sobrinos”, o de repente te dicen que “por qué no adoptas”* (Alma, 2021, p. 7).

De lo anterior se puede decir que, tanto en las conversaciones de las mujeres con el personal de salud como con sus familiares y amistades sobre el hecho de no ser madres, se establece un cuestionamiento ante la incapacidad de tener hijos propios, paridos por ellas mismas, pues es la negación de uno de los hechos que las constituye como mujeres: la procreación (Lagarde, 2015). En otras palabras, se le cuestiona a la mujer por no tener las condiciones necesarias para actuar conforme al rol socialmente establecido, mismo que supone que únicamente son mujeres y están completas si llegan a ser madres.

Este mismo cuestionamiento surge en algunos momentos, en las propias conversaciones que tienen las mujeres consigo mismas, en las cuales se repite el discurso oficial en el que la mujer tiene valía en relación a su capacidad reproductiva.

En un dialogo interno de Jade ella expone lo siguiente: *“Puchica, yo no estoy casada ni nada, no tengo en este momento ni novio y di uno va a ser la que no puede tener hijos”* (Jade, 2021, p. 13). Al mismo tiempo que se culpabiliza por el hecho de no poder darle esa posibilidad a un otro, *“Capté que no es solamente que yo no puedo tener un embarazo, sino que no puedo entrecomillas y subrayado, porque esto tal vez puede sonar machista, pero no puedo hacer papá a una persona”* (Jade, 2021, p. 13).

Estos diálogos reflejan el peso con el que han sido cargadas las mujeres en un modelo social que las responsabiliza no solo de su propia realidad, sino también de la realidad de los otros. En el caso de las mujeres que no pueden tener hijos e hijas propias se las responsabiliza de su situación y las hace creer que no son merecedoras de amor ni de poder establecer una relación de pareja.

La maternidad es un fenómeno con un peso tan importante en la sociedad que incluso las mujeres que no pueden tener hijos e hijas propias, establecen relaciones con otros a partir de actos de cuidado y atención, como bien lo afirma Erika:

“La gente que trabaja conmigo me dice: es que usted es muy maternal, usted es como la mamá de todos [...] ahí lo canalizo, soy muy chineadora, y muy así con la gente, el sentimiento maternal que tenía ahí anda. Creo que uno nunca, nunca va a –realiza una pausa- sí lo acepta y todo, pero eliminar esa sensación, o ese sentimiento de maternidad, no, no es algo que se corte, y no lo veo malo” (Erika, 2021, p. 10).

Así, para algunas mujeres mantener cuidados hacia otras personas aparece como una forma de poder subsanar el hecho de no poder brindarlos a un hijo, lo que además es percibido como un rol natural e innato que tienen todas las mujeres.

En este sentido, la definición esencial de la mujer es siempre en relación con la fertilidad, por lo cual tienden a establecer actividades, relaciones afectivas, funciones, trabajos y energías para satisfacer las necesidades de otros, es decir de hijos, esposos, pareja, compañeros de trabajo, amigos u otros, con el fin de obtener sentido a su existencia (Lagarde, 2015).

La construcción sociocultural de la maternidad no es un hecho ajeno para las mujeres con histerectomía, y a pesar de que algunas de ellas reconocen que ejercen ciertas actitudes maternas frente a distintas personas y que la maternidad estaba dentro de sus proyectos de vida, una vez que saben que perderán la posibilidad de convertirse en madres biológicas, se generan reflexiones llegando así a reconocer que son más que un cuerpo para la reproducción.

Parte de las reflexiones aparecen en medio de las vivencias en cada etapa de la histerectomía, en las cuales se van dando cuenta que no se ajustan a los estándares bajo los cuales son valoradas socialmente, como lo describe Jade, quien además cuestiona el peso sociocultural de la maternidad:

“Todo mundo lo que hace es tratar de solucionarle a uno el tema de ser mamá, como si fuera la solución de todo a todos los males y lo único que a uno lo va a sentirse plena en esta vida” (Jade, 2021, p. 10).

Lo anterior evidencia que, a pesar de que la sociedad transmite el mensaje de que la realización de las mujeres está en ser madres, hay otros aspectos que posibilitan el desarrollo personal mismos que permiten alcanzar un estado de plenitud.

5.4.2 La histerectomía como experiencia de vida

Finalmente, otro de los elementos que sobresale alrededor de la histerectomía tiene que ver con el sentido que tuvo para algunas mujeres como “una segunda oportunidad de vida” o como “una lección de vida”.

De acuerdo con Plaza y Rosario (2014) cuando se genera la pérdida de una parte del cuerpo, no solo involucra la pérdida física corporal e imagen corporal, sino que da como resultado pérdidas acumulativas secundarias las cuales pueden ser físicas o psicosociales, que además involucran cambios en los roles familiares y sociales, identidad, funciones y metas.

En este sentido se puede decir que a partir de la experiencia de la histerectomía: se atraviesa la pérdida de un órgano, la pérdida del rol femenino en algunos casos como ya se

demostró con anterioridad, pero también se generan cambios importantes a nivel personal. De ahí que muchas mujeres sugieran que a raíz de la cirugía se genera un cambio de actitud frente a la vida.

Al respecto se puede rescatar el siguiente relato de parte de Jade, quien expone que para ella la histerectomía significó: *“Crecimiento, un despertar, un renacer. Esta nueva oportunidad que Dios me dio de vivir la vida bien”* (Jade, 2021, p. 14). De la misma manera, para Iris la histerectomía también le significó una nueva oportunidad:

“Recuerdo que me subí al carro y lloraba. Y después de que dejé de llorar dije: ¿qué me pasa? Si Dios me está dando la oportunidad de darme cuenta de esto a tiempo. En el momento en que se puede hacer algo” (Iris, 2021, p. 4).

En ambos relatos la cirugía se presenta como una segunda oportunidad para mantenerse con vida, la cual tiene un componente religioso importante, ya que es la figura de Dios quien les otorga dicha oportunidad.

Sin embargo, existe una diferencia importante y es que para Jade, esta segunda oportunidad implicó un cambio de rutina y de hábitos a diferencia de Iris. En el caso particular de Jade, ella expone durante su entrevista que posterior a la cirugía empieza un cambio drástico de alimentación: *“ha sido un cambio de vida completo, que yo jamás me imaginé. Realmente yo jamás me imaginé que iba a ser vegana, me parecía una locura – risas-”* (Jade, 2021, p. 14).

Es así como a partir de la cirugía y al verse en una situación crítica, también se toman decisiones radicales sobre algunos aspectos del estilo de vida, los cuales pueden ser alimenticios como en el caso de Jade, como también lo pueden ser en términos de las

relaciones interpersonales, como lo fue para Flor, quien menciona que al verse en una situación de alta complejidad como lo fue la histerectomía a nivel de su salud, cambió de trabajo y además empezó a relacionarse de otra manera con sus colegas:

“Estuve trabajando como un año más ahí, y ya después me salí y cambié la rutina de trabajo. Aprendí a ser más pasiva y más tolerante. Yo digo que tal vez más espontánea de decir las cosas, y de buena manera, a no ofender el compañero, a exponerlas de buena manera [...] he tratado de tener un cambio en esas actitudes, por salud” (Flor, 2021, p. 10).

Tomando como ejemplo el relato de Flor, se podría afirmar que la histerectomía genera un cambio de actitud frente a la vida y las relaciones que algunas mujeres mantienen frente a otros, por lo que también representa una lección de vida que les permite cambiar actitudes en su diario vivir.

Al respecto, también se puede exponer el caso de Iris, quien comenta que la histerectomía la motivó a relacionarse desde una forma más empática en relación a la salud y las experiencias de otras personas: *“Es muy aleccionador. Yo aprendí, que en teoría uno sabe pero que, si hay alguien enfermo, es importante llamarlo por teléfono. Siento que yo sí cambié en el sentido de que me volví más solidaria”* (Elena, 2021, pp. 6-7).

6 CONCLUSIONES

Como primer etapa de investigación, fue necesario indagar sobre la construcción social del género en relación al cuerpo femenino de este grupo de mujeres con histerectomía. Sobre este punto se puede destacar que las mujeres fueron socializadas para relacionarse con sus cuerpos desde el desconocimiento, a partir del paradigma de la sexualidad para la reproducción, y donde el valor como mujeres reside en la maternidad.

Es así como los aprendizajes durante los procesos de socialización primaria y secundaria sobre temáticas corporales fueron limitadas. Esto genera consecuencias significativas no sólo en cuanto al ejercicio mismo de la sexualidad, sino también en la forma en cómo se vinculan con sus cuerpos.

Dicho lo anterior, se puede afirmar que los procesos corporales de mujeres con histerectomía se vivencian desde el desconocimiento y con una alta presión social sobre el evento de la maternidad. La menstruación aparece como un proceso de alta significancia para las mujeres, no solo en su etapa de adolescentes, sino también en su vida adulta y como preámbulo de la histerectomía.

Así también, la información que las mujeres obtuvieron sobre las funciones de sus órganos sexuales o los cuidados que éstos requieren, imagen corporal, cambios físicos del cuerpo en la adolescencia, cambios o características de los cuerpos menstruantes, las hormonas, entre otros, fue principalmente en calidad de observadoras, es decir a partir de lo que otras mujeres de sus familias hacían en relación a éstos.

Por otro lado, debido a la construcción sociocultural del género y con ello, en consecuencia de los roles tradicionalmente asignados a las mujeres, es que también se puede

concluir que a las mujeres en general se les dificulta estar en calidad de “cuidadas” y no de cuidadoras cuando enferman. Esto también explica el por qué en situaciones de enfermedad y en el contexto de la cirugía de la histerectomía sean otras mujeres de sus círculos cercanos como amigas, vecinas o familiares, quienes cuiden de éstas.

Como segunda etapa de investigación y en relación a las principales vivencias experimentadas desde la histerectomía, se puede decir que antes de la cirugía las experiencias corporales de las mujeres son limitantes pues se experimentan desde el dolor y el malestar en general.

La menstruación es uno de los eventos más importantes dentro de estas experiencias, pues se asimila a una enfermedad, debido a los síntomas experimentados en este período. También se presenta como un momento de incertidumbre y miedo, puesto que al ser tabú nunca se les habló de ella, por lo que no supieron manejar su menarquía⁵.

Por un largo periodo de tiempo estas sensaciones se normalizan, no se les da importancia, ni tampoco es señal para recurrir a otras valoraciones médicas. Las mujeres se ven obligadas a llevar su vida lo más normal posible, realizar sus actividades diarias y no disminuir su desempeño laboral.

Ahora bien, conforme pasa el tiempo y las mujeres logran llevar a cabo su cirugía de la histerectomía estas sensaciones cesan y las mujeres van otorgando otros significados a su intervención. Es así como posterior a la cirugía estos sentidos se transforman en un sentido positivo.

⁵ Menarquía es el nombre que se utiliza para referirse a la primera menstruación.

Es aquí donde entra la tercera parte de la investigación acerca de los significados en relación a la histerectomía, los cuales se agruparon en cuatro dimensiones: el útero, la calidad de vida, la maternidad y la histerectomía como experiencia de vida. Significados en los cuales encontramos contrastes y también contradicciones propias de un evento como la histerectomía, en donde conjugan factores como la etapa de vida, la edad, si la mujer pudo engendrar antes de la cirugía o no, los cambios físicos o psicosociales generados después de la cirugía, o sus propios proyectos de vida, entre otros.

A pesar de lo anterior, en términos generales, se puede decir que la histerectomía genera un duelo por la pérdida del evento de la maternidad en algunos casos, pero también significa la posibilidad de tener una mejor calidad de vida, un mayor sentido de salud, bienestar personal y emocional.

Es relevante esta conclusión, pues en otras investigaciones la pérdida del útero se vinculaba únicamente con la pérdida de la maternidad. Contrario a este grupo de mujeres quienes afirmaron que si bien para algunas se genera un duelo, porque está en peligro el rol femenino que deviene de la posibilidad de engendrar, conforme pasa el tiempo, después de la cirugía, el útero también se llega a significar desde su funcionalidad, como un órgano que también permite un equilibrio corporal.

La maternidad es un tema que también sobresale pero no necesariamente desde un punto de vista negativo o desde el miedo de perder esta posibilidad. Para las mujeres que fueron madres antes de la cirugía, no fue un tema de preocupación y por ende la cirugía fue prontamente aceptada. Su mayor preocupación en cambio, se fija principalmente en la cirugía en sí misma y en el peligro que viene con ella, como lo sería con cualquier otra operación

quirúrgica, pero también una preocupación que deviene del cuidado de los hijos e hijas y la incertidumbre de las mujeres en rol de madres de no querer dejar “solos” a sus hijos e hijas.

Contrario a los casos donde las mujeres no pudieron ser madres antes de la cirugía y sí lo deseaban. Para algunas de estas mujeres la aceptación de la histerectomía es más lenta y por ello se sometieron a una serie de tratamientos con la esperanza de poder en algún momento procrear. Por otra parte, las mujeres que no quisieron ser madres, su aceptación de la cirugía se da con mayor rapidez.

En cualquier caso, la histerectomía viene a representar para mujeres en general, una reivindicación en tanto les permite tomar el control de sus propias vidas y poder ponerse en primer lugar, antes que dejarse llevar por la presión social del evento de la maternidad. Relacionado con este último punto, es importante mencionar que las condiciones educativas, socioeconómicas y de acceso a la salud, de este grupo de mujeres fueron claves en el proceso de enfrentar esta cirugía, pues las dotaron de herramientas que les permitió tomar decisiones en pro de su autonomía.

Es así como la histerectomía se relaciona con el concepto de calidad de vida y como experiencia de vida. Sobre el primer punto, de las diez mujeres entrevistadas, nueve afirmaron que la cirugía les cambió la vida positivamente, ya que ésta mejoró considerablemente su estado físico y emocional.

Se visualiza un cambio significativo en cuanto a la vivencia de la cotidianidad, las prácticas y los cuidados que deben asumir las mujeres al menstruar, dejan de ser una preocupación. También el miedo de perder la vida o que aparezca un cáncer se ve disminuido,

puesto que la histerectomía se presenta como una solución a posibles problemas de salud a futuro.

Finalmente, en cuanto a la histerectomía como alegoría de “experiencia de vida”, se puede decir que para muchas mujeres la cirugía de la histerectomía se presentó como una oportunidad para valorar la vida, para transformar ciertas actitudes personales, para enfrentar distintas situaciones y adversidades cotidianas, para realizar cambios en cuanto al manejo de su salud, de prioridades de la vida, e incluso de su identidad como mujeres.

Ahora bien, en términos investigativos es importante destacar que este estudio aporta elementos nuevos en el análisis de las experiencias de mujeres con histerectomía desde una perspectiva de género y a nivel sociológico.

Desde una perspectiva de género, porque desde el principio hubo un esfuerzo por no limitar el estudio a la experiencia de la sexualidad de las mujeres o la manera de enfrentar la maternidad, aspecto que en otras investigaciones forman parte del análisis central.

Se trabajó así en identificar los aspectos más sobresalientes para las mujeres que deben enfrentar una histerectomía. Es así como además de la maternidad, resaltan otros elementos como lo es el tema de los cuidados y el rol que las mujeres desempeñan aun estando enfermas, los significados propiamente de los órganos que son extirpados en la histerectomía, y los cambios producidos por esta cirugía en la vida cotidiana de las mujeres.

En términos sociales y políticos, se resaltaron las barreras y adversidades que deben enfrentar las mujeres en el ámbito de la salud, en donde aún persisten sesgos de género, mismos que se reflejan en el trato y la manera de atender las condiciones de salud de las mujeres por parte del personal de salud tanto público como privado. Esta visión se extiende

a otros espacios en los cuales interactúan las mujeres y en donde constantemente se enfrentan ante cuestionamientos de parte de diversas personas.

Como investigación sociológica permitió enfatizar, como lo han hecho muchos otros estudios, que los roles, expectativas y experiencias de vida de los géneros no son manifestaciones naturales, por el contrario forman parte de un sistema sociocultural e histórico que se mantiene a través de una organización social basada en el sistema sexo-género.

Desde ese punto de vista, las diferencias biológicas-sexuales que se toman como base para representar a hombres y mujeres de manera distinta, siguen teniendo repercusiones importantes. Las identidades de género remiten a estructuras de poder y jerarquías que se vislumbran en la cotidianidad. Para las mujeres a través de los papeles que se les ha obligado cumplir, la exclusividad o responsabilidad sobre ciertos espacios en la vida social, los derechos o las obligaciones a los que son sometidas, las representaciones sociales, los simbolismos y significados que desarrollan a lo largo de sus vidas.

En el caso de las mujeres con histerectomía, esto se refleja en la relación con sus propios cuerpos y el ejercicio de su sexualidad, la manera en que se gestiona la salud, una mayor carga emocional que sus compañeros en el proceso de atravesar la enfermedad y la cirugía, la postergación de la cirugía, las preocupaciones alrededor de la cirugía, así como experimentar exigencias sociales para convertirse en madres que en ocasiones generan frustración e incluso toma de decisiones que pueden poner en riesgo su vida.

A pesar de lo anterior, esta es una investigación que reconoce que las expectativas y los proyectos de vida de las mujeres han cambiado en los últimos años. El acceso a la

educación, al mundo del trabajo y los pequeños cambios culturales, hacen que las mujeres hoy día se propongan nuevas metas y asuman ciertas circunstancias de una forma distinta.

Por ende, hay muchas otras preocupaciones cuando las mujeres se enfrentan a la histerectomía. Bajo esa lógica, en los distintos apartados se da cuenta de que las vivencias de las mujeres durante el proceso de la cirugía son variadas. De ahí que se diera mayor énfasis a otros elementos investigativos como lo fueron el rol de las mujeres en cuanto al ámbito reproductivo, el mundo laboral, sus percepciones sobre salud, bienestar y calidad de vida, las relaciones interpersonales, y las expectativas de vida, y no se reprodujera así, un sesgo teórico ni académico en tanto la vida de las mujeres y la maternidad.

7 RECOMENDACIONES

Desarrollar investigaciones científicas sobre los temas relacionados con los cuerpos de las mujeres y específicamente sobre sus órganos internos desde una perspectiva de género. Al desarrollar más conocimientos e información sobre estos temas, se pueden desarrollar acciones a tiempo, mejores tratamientos médicos, cambios a nivel social en cuanto a las concepciones que se tienen sobre los procesos corporales propios de las mujeres.

Lo anterior debe ir de la mano con la socialización de este conocimiento, por tanto, generar espacios en los cuales se pueda conversar y educar sobre los distintos procesos vinculados con la corporalidad, dentro de las familias, en los centros educativos y en las comunidades en general, pues la falta de investigación e información así como la normalización e invisibilización, produce que no se atiendan situaciones a tiempo o que las mujeres se encuentren en situaciones de alta vulnerabilidad.

Promover acciones y políticas públicas concretas en relación a la gestión de la salud de las mujeres desde una óptica preventiva y son sesgos de género. Es fundamental la voluntad política, escuchar también las demandas de las mujeres y otros grupos de la sociedad en cuanto a reconocer que los cuerpos menstruantes poseen necesidades específicas y por ende, la necesidad de facilitar las condiciones educativas, laborales, económicas y socioculturales que les permita tener una mejor gestión de su salud sin que esto afecte su participación en los distintos espacios de la vida social.

A esto se le debe sumar el involucrar a los hombres en las tareas domésticas y de cuidado, para equilibrar la carga y responsabilidades dentro de las familias y la sociedad. Urgen políticas y cambios culturales que permitan a las mujeres gestionar de una mejor forma su salud, sus tiempos y su calidad de vida.

Propiciar espacios científicos y de reflexión sobre la realidad de las mujeres, en donde sean ellas mismas las protagonistas y la principal fuente de información. Es necesario seguir generando estudios que permitan obtener nuevos conocimientos sobre la realidad de las mujeres, desde una perspectiva que no intente homogenizarlas, sino más bien destacarlas en sus diferencias en cuanto a formas de vida, historias personales, recursos y perspectivas.

Fomentar desde la Sociología las teorías feministas y de género en los espacios de estudio, en los procesos de formación académica e investigación. Es importante que la Escuela de Sociología, pueda incorporar en su malla curricular la transversalización del enfoque de género tanto en las materias que imparte, como así también en los proyectos e iniciativas que lleve a cabo.

Finalmente, y tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y educativas de las mujeres que participaron de investigación, queda un espacio aún por investigar y conocer. A partir de esta investigación, se pueden abrir otras líneas de análisis. Una de ellas sería el de las mujeres con menos recursos y en condiciones de mayor vulnerabilidad y violencia estructural.

En este caso mujeres que viven en zonas rurales, mujeres con menos recursos económicos, mujeres que podrían estar privadas de libertad, mujeres sin ningún acceso a la salud, mujeres que cuenten con alguna discapacidad, o incluso personas menstruantes, no necesariamente entonces aquellas que se reconozcan como mujeres, que pueden de cierta manera vivir el proceso de la histerectomía desde una realidad aún más compleja.

8 BIBLIOGRAFÍA

Aguayo, E. (2021). *Identidad de género y sexualidad de mujeres con cáncer de mama: más allá de la materialidad del cuerpo*. Revista Punto Género N. ° 15. Junio

Alvarenga, P. (2012). *Identidades en disputa. Las reivindicaciones del género y la sexualidad en la Costa Rica de la primera mitad del siglo XX*. San José, Costa Rica: UCR

Álvarez, M y González, M. (2005). *El impacto que tiene la discriminación por género: derribando mitos*. Memoria para optar por el grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Chile.

Aránguez, T (2018). *¿Por qué la endometriosis concierne al feminismo?* Editorial Dykinson, Madrid

Berger, P y Luckmann, T. (2008) *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu

Bartra, E. (2012). *Acerca de la investigación y metodología feminista*. Investigación feminista epistemología, metodología y representaciones sociales. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM, pp. 67-77.

Blazquez, N. (2008). *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Blázquez, M. (2021). *La biomedicalización de las vidas de las mujeres: una revisión de sus dimensiones desde las publicaciones en español*. Revista Internacional de Sociología, vol. 79 (2)

Carrasco, C. (2005). *La paradoja del cuidado: necesario pero invisible*. Revista de economía crítica. n° 5, pp. 39-64

Castañeda, I. (2007). *Reflexiones teóricas sobre las diferencias en la salud atribuibles al género*. Revista Cubana de Salud Pública, 33, 2.

Chaves, C. (2007). *La histerectomía y sus implicaciones sociofamiliares*. Revista de Trabajo Social. Caja Costarricense del Seguro Social. no. 70

Cuamatzi y Villela, (2009). *Significado de la histerectomía en mujeres en edad reproductiva por complicaciones en el parto: una visión sociocultural*. Revista CONAMED, Universidad Nacional Autónoma de México.

Díaz, (2010). *Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia de mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama*. Pensamiento Psicológico. Universidad de Antioquia, Medellín. Vol. 7 No.14 pp. 155-160

Delgado, G. (2017). *Construcción social del género*. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de investigaciones sobre la universidad y la educación. Pp. 23-60

Esteban, L. (2006). *El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista*. Salud Colectiva, pp.9-20

Facio, A. (2005). *Feminismo, género y patriarcado*. Academia. Revista sobre Enseñanza del Derecho de Buenos Aires, vol. 3, no. 6

Fitte, A. (2011). *El ciclo de vida femenino en el saber biomédico: construyendo corporalidades para las mujeres de mediana edad*. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, 7 edición, 52-64.

Gálvez, F. (2016). *Una aproximación a los itinerarios corporales de la menstruación*. Tesis de grado para obtener el título de Antropología Social. Universidad Católica de Chile, Chile.

Izquierdo, M. (2003). *Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una policía democrática del cuidado*. SARE Cuidar cuesta: costes y beneficios de cuidar. Universidad de Barcelona

Lagarde, M. (1996). *La multidimensionalidad de la categoría género y del*

feminismo. Metodología para los estudios de género, pp. 48-71. Argentina

Lagarde, M. (2005) *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, mojas, putas presas y locas*. México: Universidad Autónoma de México

Lamas, M. (Ed.) (2013). *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. Miguel Ángel Porrúa: México.

Le Breton, D. (1992). *Una sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión

Maffia, D. (2007). *Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Junio vol.12, no.28

Plaza, A y Rosario, I (2014). *La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento de un grupo de mujeres mastectomizadas*. Informes Psicológicos 14 (1), pp. 65-89

Quijada, D. (2010). *Percepciones que las mujeres tienen de su cuerpo y su cuerpo y vivencia sexual*. Tesis para optar por el título de Socióloga. Universidad de Chile.

Quiroz, A, Velásquez, A, García, B y otros (2002). *Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa*. Fundación Universitaria Luis Amigó FUNLAM, Colombia.

Ravelo, P. (1995). *Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México*. Colegio de México.

Rodríguez, R. (2004). *La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología. Universidad del Cuyo, Argentina.

Romero, E, Sánchez, G (2010). *El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres*. Revista de Ciencias Sociales, Iztapalapa

Rosales, A. (2010). *Sexualidades, cuerpo y género en culturas indígenas y rurales*. México: Universidad Pedagógica Nacional.

Ruiz, M. (2014). *Conocimientos y mitos que tienen sobre el ciclo menstrual, niñas comprendidas entre las edades de 10 a 13 años, estudiantes de un colegio privado, ubicado en la zona 8 de Mixco*. Tesis de grado para optar por el título de Psicología Clínica. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Saldívar, J. (2013). *Principal cambio en el autoconcepto en mujeres sometidas a histerectomía abdominal de la ciudad de Tacámbaro Michoacán*". (Tesis de Licenciatura). Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, México.

Sosa-Sánchez, I. (2013). *Aproximaciones teóricas sobre el género, la reproducción y la sexualidad*. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, vol. VIII, núm. 15, pp. 182-206, México.

Valls-Llobet, C. (2008). *La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad*. Texto presentado en el congreso sare de emakunde "Innovar para la igualdad" Barcelona.

Valls-Llobet, C.; Ojuel, J.; López Carrillo, M. y Fuentes, M. (2005): *Manifestación y Medicalización del Malestar en las Mujeres*. En Centre d'Anàlisis i Programes Sanitaris, Barcelona, Modulo 4, pp. 1-58.

Viveros, M. (1995) *Saberes y dolores secretos. Mujeres, salud e identidad. Género e identidad: ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Tercer Mundo Editores en coedición con Ediciones Uniandes y Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo, 1 edición, Colombia.

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), (2019). Tercer Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica.

Organización Mundial de la Salud, <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2017). *Encuesta Nacional de Uso de tiempo*.

Urrutia y otros (2013). *Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas*. *Revista chilena de ginecología obstétrica*, 78 (4), pp. 262-266

9 APÉNDICES

Apéndice No. 1. Consentimiento Informado.

Documento Consentimiento Informado

Nombre de la investigación: Los significados de las vivencias corporales de un grupo de mujeres histerectomizadas residentes del área metropolitana durante el año 2021, desde la construcción social del género.

Investigación a cargo de: María Fernanda Oses Navarro

A. Propósito de la Investigación:

La investigación tiene como propósito conocer acerca de los significados que tienen las vivencias de mujeres residentes del área metropolitana de Costa Rica, que han atravesado el proceso de una histerectomía. Esta investigación será presentada en la Escuela de Sociología de la Universidad Nacional, en Costa Rica.

B. ¿Qué se hará en la investigación?

Se realizará un trabajo de campo para recolectar información valiosa a través de: 1) una entrevista personal (dividida en 2 sesiones o momentos), ya sea a través de la plataforma Google Meet o la aplicación de WhatsApp, como mejor lo prefiera la participante, y 2) un taller investigativo grupal en el cual participarán otras mujeres. La idea es conocer opiniones, puntos de vista y reflexionar sobre cómo ha sido el proceso de la histerectomía. En las sesiones, las conversaciones y discusiones que se generen, serán grabadas en audio y se tomarán notas en papel para el análisis posterior de la información.

C. ¿Cuáles serían los riesgos?

En las sesiones se tocarán temas sobre sexualidad, vida en pareja, salud, cuidados, relaciones interpersonales, historial médico, por lo que la participante puede sentirse incomoda en alguna de las preguntas formuladas. En este caso, puede omitir la pregunta y hacerlo saber a la investigadora.

D. ¿Cuáles serían los beneficios?

Como resultado de su participación en este estudio no obtendrá ningún beneficio de tipo económico, sin embargo, podrá conocer y compartir en el taller investigativo con otras mujeres que han pasado por lo mismo. Posterior al análisis y sistematización de los resultados, podrá obtener acceso al documento final de la investigación.

E. Información de contacto

Cualquier consulta adicional sobre información que no se encuentre acá, puede ponerse en contacto con la investigadora al número (+56) 9 7764 7301 o escribiéndole un correo electrónico a mar.fernanda.24@gmail.com o maria.oses.navarro@est.una.ac.cr en horario de Lunes a Viernes de 8: 00 a.m. a 5: 00 p.m.

F. Recibirá una copia de esta fórmula para uso personal.

G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que ello afecte para nada su situación previa. También para la sesión grupal, puede decidir no participar cuando así lo considere y se lo informe a la investigadora. Es libre de no querer que se hagan las grabaciones en audio o rehusarse a que se utilicen. También es libre de no contestar y reservarse comentarios.

H. Mi participación en este estudio es confidencial en lo que respecta aquellas personas y lugares que así lo consignan. No obstante, por el respeto a los derechos de autor y de imagen se me preguntará si se usa el nombre real o se utiliza un seudónimo para la información suministrada. Los resultados, análisis y la información administrada, podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión académica de manera anónima, respetando su uso para fines académicos, sea esto antes de la defensa de tesis o posterior a ésta.

Consentimiento

He leído y se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a formar parte de esta investigación.

Nombre, Cédula y firma de la participante

Nombre, Cédula y firma de la investigadora

Fecha: _____.

Apéndice No. 2. Ficha Personal.

Ficha Personal de las mujeres participantes

La siguiente ficha tiene como objetivo conocer información sobre las participantes que desean colaborar en la investigación “Los significados de las vivencias corporales de un grupo de mujeres hysterectomizadas residentes del área metropolitana, desde la construcción social del género, año 2021”, a presentar en la Escuela de Sociología de la Universidad Nacional. Recuerde que la información brindada es estrictamente confidencial y únicamente se utilizará para el proceso de esta investigación. Ante cualquier duda puede comunicarse con la investigadora al teléfono: (+56) 9 7764 7301 o al correo: mar.fernanda.24@gmail.com o maria.oses.navarro@est.una.ac.cr Fecha: _____.

1. Nombre o Seudónimo:	2. Edad:	3. Estado civil:
4. Nivel Educativo: 1. Primaria incompleta () 2. Primaria completa () 3. Secundaria incompleta () 4. Secundaria completa () 5. Universitaria incompleta () 6. Universitaria Completa ()		
5. Profesión u oficio:		
6. Provincia donde vive: 1. San José () 2. Heredia () 3. Cartago () 4. Alajuela ()	7. Año en que le realizaron la hysterectomía:	
8. El centro hospitalario en donde le practicaron la hysterectomía es: 1. Público () 2. Privado ()	9. ¿Contaba usted con seguro social cuando le realizaron la cirugía? 1. Sí () 2. No ()	

10. Tipo de seguro: 1. Patrono () 2. Trabajador independiente () 3. Asegurado voluntario () 4. Asalariado () 5. Seguro por el Estado () 6. Protección familiar ()	
11. Su cirugía fue: 1. Programada () 2. Emergencias ()	12. Tipo de histerectomía: Parcial: parte superior del útero () Total: útero y cuello uterino () Radical: útero, cuello uterino y ovarios ()
13. ¿Antes de ser histerectomizada tuvo hijos? 1. Sí () 2. No ()	14. Cantidad de hijos/as:
15. ¿Quiénes conforman su grupo familiar? (Quiénes viven con usted. Ejemplo: su hijas/os, su madre, su pareja, etc.)	
16. ¿Su cirugía contó con su consentimiento? Es decir, el personal médico la informó de la cirugía antes de operarla para que usted brindara su aprobación. 1. Sí, la cirugía contó con mi consentimiento () 2. No, no contó con mi consentimiento ()	
17. Describa cuáles fueron las razones por las cuales tuvo que someterse a la histerectomía:	

¡Muchas gracias por su información!

Apéndice No. 3. Guía de Entrevista

Guía de preguntas para la entrevista con mujeres histerectomizadas

Buenos días/ tardes/ noches. La siguiente serie de preguntas tiene como finalidad conocer acerca de las vivencias de mujeres que han atravesado el proceso de una histerectomía. La información brindada es estrictamente confidencial y será tomada en cuenta como aporte en la investigación “Los significados de las vivencias corporales de un grupo de mujeres histerectomizadas residentes del área metropolitana, desde la construcción

social del género, año 2021”, a presentar en la Escuela de Sociología de la Universidad Nacional.

Número de entrevista: ____ Fecha: _____ Hora inicio: _____

Para mantenernos comunicadas durante el proceso, ¿usted podría indicarme algún número telefónico donde la pueda contactar?: _____.

Primera sesión

a. Histerectomía

1. ¿Cómo es generalmente un día en su vida? ¿Cuáles son sus rutinas diarias?
2. ¿Qué es lo que más disfruta hacer?
3. En general, ¿Cómo considera que ha sido su salud? ¿Por qué?
4. Antes de la cirugía, ¿tenía usted alguna rutina de cuidados? ¿Cuáles eran? ¿Qué tan frecuente se hacía exámenes o iba a algún centro médico? ¿Por qué?
5. Antes del diagnóstico, ¿sabía usted lo que significaba la histerectomía?
6. ¿Alguna persona se tomó el tiempo de explicarle qué implicaba este procedimiento aclarando sus dudas? ¿Qué le dijo?
7. Cuando le dieron la noticia de que se debía operar ¿Cómo se sintió? En ese momento, ¿Cuáles fueron sus principales preocupaciones? (Tomar en cuenta si la cirugía fue consensuada).
8. ¿Obtuvo algún tipo de apoyo de parte de alguna persona o grupo, desde el momento en que le dieron la noticia de su cirugía, hasta el post-operatorio?
9. ¿Qué significaron esos apoyos para usted?
10. Después de la cirugía ¿hubo algún cambio importante en sus rutinas diarias?
11. ¿Cómo se sintió respecto a esos cambios que se le presentaron?
12. ¿Considera usted que la relación con sus familiares, amistades y pareja se vio afectada por la cirugía? ¿De qué manera?
13. En general, ¿Cuáles considera fueron los principales efectos de la cirugía en su vida?
14. Posteriormente a la histerectomía, ¿considera que hubo algún cambio en su identidad como mujer? Si se sintió distinta.
15. Después de la cirugía ¿Se ha sentido poco valorada como mujer por parte de alguna persona?

16. En este momento, ¿Considera usted que se recuperó física y emocionalmente?

17. ¿Cómo se ha sentido en el último año?

18. ¿Cuáles son sus planes a futuro? ¿Qué le gustaría hacer?

Segunda sesión

b. Construcción social del género

19. ¿Cuáles fueron los mayores aprendizajes inculcados en su niñez en cuanto a ser mujer?
Es decir, sobre los significados de cómo debían ser las mujeres.

20. De niña. ¿qué le enseñaron sobre el cuerpo de las mujeres?

21. ¿Había alguien que le hablara acerca de la sexualidad y de cómo iba a cambiar su cuerpo (menstruación, cambios corporales, sexo, métodos anticonceptivos)? ¿Quién?
¿Qué le decía?

22. ¿Cuáles eran las principales tareas que le asignaban de niña y de adolescente en su hogar?

23. ¿Cómo se sentía cuando le asignaban esas tareas?

c. Vivencias corporales

24. ¿Cómo considera que son las relaciones con su familia, amistades, colegas y/o pareja en el caso de tenerla?

25. En su hogar, ¿Cómo se distribuyen las labores domésticas y de cuidado?

26. Desde su punto de vista ¿Cómo debería ser la mujer? ¿Considera que tiene ventajas o desventajas ser mujer?

27. ¿Qué la hace sentirse mujer?

Muchas gracias por compartirme su experiencia, le agradezco mucho.

Hora de finalización: _____.

Apéndice No. 3. Guía Taller Investigativo.

Taller investigativo: reflexión colectiva sobre la histerectomía

El propósito de este taller investigativo es conocer y profundizar sobre las vivencias, diferentes interpretaciones, puntos de vista, experiencias y sentires de mujeres que han sido histerectomizadas, por medio de una serie de actividades grupales. Dichas actividades invitan a reflexionar a las mujeres en cuanto a temas claves sobre este proceso. Quienes participan

de este espacio son mujeres que previamente fueron entrevistadas. Por otra parte, mencionar que el taller se realizó de forma virtual a través de la plataforma Google Meet.

Fecha: _____. Hora de inicio: _____. Hora Final: _____.

Objetivo específico de investigación	Dinámica y tiempo	Objetivo de la dinámica	Descripción
<p style="text-align: center;">-- ----</p>	<p>1. Bienvenida (10 minutos)</p>	<p>Presentación de cada una de las participantes y las normas del espacio, para establecer un ambiente de confianza.</p>	<p>Decir el nombre, cómo se siente hoy, edad, y de dónde es. Seguidamente se explica a las participantes en qué consiste el taller, que se realizará, y que se espera de la dinámica del mismo. Presentar a Jeanina Hidalgo.</p>
	<p>2. Relajación (10 minutos)</p>	<p>Atraer la concentración y relajación</p>	<p>Se pide a las participantes que respiren profundo. También se les indican que se masajeen la cabeza los hombros, la cabeza, la cara con suaves movimientos.</p>
<p>Caracterizar la construcción socio-cultural del cuerpo femenino, para un grupo de mujeres histerectomizadas residentes del área Metropolitana.</p>	<p>1. Cuerpos Collage (30 minutos)</p>	<p>Identificar las representaciones y roles socio-culturales del cuerpo femenino.</p>	<p>Las participantes deberán contestar lo que representa el cuerpo femenino en distintos espacios sociales. Para ello, se compartirá un link de una plataforma que permite ir sistematizando y resguardando las respuestas. Para animar la discusión se les enseñará un collage que fue realizado por la investigadora a partir de las entrevistas previamente realizadas (ver anexo). Las preguntas que deberán contestar (10 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cómo percibo mi propio cuerpo? ✓ ¿Cómo perciben mi cuerpo los otros? ✓ ¿Cómo se perciben los cuerpos de las mujeres en la religión, en la salud, en la familia, en la pareja, en la sociedad en general?

			<p>Posteriormente, se realizará una plenaria donde una participante por equipo deberá contar a las demás qué fue lo que observaron y comentaron (15 minutos).</p>
<p>Identificar las vivencias corporales de un grupo de mujeres histerectomizadas residentes del área metropolitana.</p>	<p>1. Cartografía Corporal (40 minutos)</p>	<p>Reunir las vivencias corporales experimentadas por las mujeres.</p>	<p>Este ejercicio se realiza a nivel personal. El objetivo es que las participantes dibujen una figura femenina, sus cuerpos específicamente, en una hoja en blanco y a través de ese dibujo respondan (15 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cuál es la parte de mi cuerpo que percibo como fuerte y enérgica? (azul) ✓ ¿Qué parte de mi cuerpo me gusta más? (rojo) ✓ ¿Cuál (es) es la parte de mi cuerpo donde presento mayores dolencias o malestares? (morado) ✓ ¿Qué parte de mi cuerpo me gusta menos? (naranja) ✓ ¿Cuál parte de mi cuerpo empecé a cuidar más después de mi histerectomía? (verde) ✓ ¿Cuál fue la emoción que mayormente experimenté después de la histerectomía? (amarillo) ✓ ¿Cuáles son los principales tabúes corporales con los que he tenido que luchar? (negro) <p>Cada una de las preguntas debe contestarse, con un color específico. El mismo se encuentra entre paréntesis después de cada pregunta.</p> <p>Una vez que todas las participantes hayan terminado su dibujo, se realiza una plenaria en la que se les preguntará a las mujeres ¿Qué les pareció el ejercicio? ¿Cómo se sintieron dibujándose? Si pudieron identificar sus partes fuertes, lo que más les gusta y lo que más cuidan (15 minutos).</p>

¿Cómo se perciben los cuerpos de las mujeres en la religión, en la salud, en la familia, en la pareja, en la sociedad en general?

En la religión, como algo prohibido. En la salud, como un instrumento de trabajo. En la familia, como lo proyectamos cada una. En la pareja, como parte del otro o de la otra. En la sociedad en general, como uno o una más.

El cuerpo de la mujer desde la religión, se percibe como un medio para dar vida y traer hijos e hijas al mundo, desde la salud, un cuerpo saludable es aquel que es fértil y que no enferma, desde la familia es un cuerpo que debe resistir al estrés.

y desde la sociedad en general, los cuerpos se ven obligados a cumplir una serie de estándares.

Religión como templo. Salud como objeto de estudio. Familia como fortaleza. Pareja como complemento. Sociedad algunas veces como objeto.

para la religión somos máquinas de reproducción, en la salud y la sociedad como un objeto a reparar con ideales de belleza distorsionados.

Creo que en términos de salud, nos perciben como partes, un brazo, una "panza". En relación con la edad en la familia también nos perciben como partes vinculadas con la posibilidad de embarazos antes de estar casadas. En general como objetos.

La religión hace a la mujer sentirse pecadora por ser atractiva y la hace sentir culpable por tener pensamientos sexuales con otras personas, aunque eso sea totalmente natural.

La sociedad, a través de la publicidad, pretende que la mujer tenga un cuerpo perfecto, cosa que hace sentir mal a muchas mujeres.

La pareja. Muchas veces se espera que la mujer sea lindísima y se cuide mucho, mientras el hombre puede descuidarse. Una visión muy machista.



Me dibujo a mi misma

1. ¿Cuál es la parte de mi cuerpo que percibo como fuerte y energética? (azul)
2. ¿Qué parte de mi cuerpo me gusta más? (rojo)
3. ¿Cuál (es) es la parte de mi cuerpo donde presento mayores dolencias o malestares? (morado)
4. ¿Qué parte de mi cuerpo me gusta menos? (naranja)

5. ¿Cuál parte de mi cuerpo empecé a cuidar más después de mi histerectomía? (verde)

6. ¿Cuál fue la emoción que mayormente experimenté después de la histerectomía? (amarillo)

7. ¿Cuáles son los principales tabúes corporales con los que he tenido que luchar? (negro)



