

REFLEXIÓN SOBRE LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR. RELACIONES DE GÉNERO Y SALUD DE LAS MUJERES (*) (**)

Sara Velasco Arias

PALABRAS CLAVE Planificación familiar, género.

INTRODUCCIÓN

Comenzaré esta reflexión con algo bien sabido, que el nacimiento mismo de la Planificación Familiar (PF), y la evolución de su oferta y de su demanda, está ligada a los cambios sociales y culturales que se han producido en la posición de las mujeres en la sociedad.

La PF surge del movimiento de mujeres en los años '70, como una necesidad social de tener instrumentos que hicieran más fáciles, menos arriesgadas, las relaciones entre hombres y mujeres. Y es en el momento histórico en que estas relaciones se estaban descentrando irreversiblemente de la pareja histórica: el matrimonio, en el que, unidos hasta la muerte, la mujer y el hombre tenían el único espacio legítimo para el amor, el sexo, la procreación, la producción, el honor, la herencia, la propiedad, y reducto legítimo también, aunque dudosamente lícito, para el sometimiento, la violencia, la opresión, la impotencia, la abnegación y el desamor.

No conviene olvidar que la planificación familiar nace hace no mucho más de 25 años, como uno de los instrumentos para cambiar aquel estado de cosas, cambio que no podemos decir que se haya logrado plenamente.

Por esta conexión existente entre la existencia de la planificación familiar y los cambios en las relaciones entre hombres y mujeres, haré pivotar esta reflexión sobre las relaciones de género.

Las relaciones de género en los años '90

Partamos del núcleo que sostiene las relaciones entre hombre y mujer en el patriarcado. Reducido a su más simple expresión, ese núcleo patriarcal, es una relación entre los dos géneros en la que el rol del género masculino queda definido por unos rasgos de superioridad sobre el género femenino, superioridad sobre la que se sostiene la necesi-

dad y obligación de los hombres de proteger, mantener y cuidar a las mujeres, además de ser salvoconducto para poseer, reprimir, someter, prohibir, es decir todo lo concerniente al registro de la autoridad. Frente a ello, el rol de las mujeres es dejarse proteger, cuidar y ante la autoridad, responder con pasividad, silencio y abnegación.

La historia del siglo XX escribe la subversión directa y sostenida de este principio.

Al cabo de los años 90, podemos ver como en la vida pública, ya muy pocos sostienen explícitamente ese principio nuclear de autoridad y poder de hombres sobre mujeres. Pero en la vida privada, la esfera de las relaciones vinculares sólo está aún en transición. Interesa para el tema que nos ocupa, entrar en esa esfera de lo íntimo y vincular, porque los roles de género se han sostenido durante siglos gracias a su interiorización por las personas. Interiorizado quiere decir que forma parte de los códigos internos de cada cual, como un imperativo que desde el interior psíquico y emocional marca las condiciones del propio deseo. Al decir aquí deseo, no me refiero a la querencia consciente, voluntariosa y reflexiva, sino al deseo más profundo que mueve a la persona, el deseo que busca satisfacción, a menudo por caminos contradictorios con lo que el individuo se plantea conscientemente.

El centro de gravedad del deseo entre mujeres y hombres no se ha descentrado aún del núcleo patriarcal, es decir, las mujeres siguen deseando a un hombre que les sirva de techo, que tenga rasgos de protector, que las sostenga y tolere amorosamente sus debilidades, que se muestre por encima, que las elija activamente, esto es, el hombre como figura paterna; y los hombres siguen deseando una mujer que sea ese especial espejo que les devuelve su imagen agrandada y potente, esto es, la mujer como figura basculante entre "niña que se somete" y "madre que lo da todo". Y esto se convierte en condición *sine quanon* para el deseo erótico y, por tanto, sobre lo que se construyen las relaciones de pareja.

Médico y Psicoanalista. - E-mail: svelasco@coma.es

(*) Artículo sustituto del aparecido en el nº 75 de esta revista.

(**) Ponencia presentada en el II Encuentro de Género y Salud, Escuela de Salud Pública, septiembre, 1997. Mahón. Organizado por Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como cualquier generalización completa se aleja de la verdad, hay que ver que, como transición, por los márgenes va habiendo gente que alcanza otras formulas, pero aún podemos comprobar la extensión de la antigua forma y constatar sus efectos.

Lo que pasa es que si hasta principios de este siglo, esta condición del deseo, el imperativo patriarcal, no tenía resquicios de contradicción, actualmente las mujeres no quieren y no pueden ya sentirse conformes. La mujer actual no se somete, no es abnegada, no consiente en tener la función de madre como única vía de simbolización y sublimación de su función humana. Empieza a fallar el amor a un hombre, sólo como figura paterna, y frente al que sólo podía hallar una identidad de hija/madre.

La mujer de hoy está atravesada por una división en su deseo: Cierta condición de su elección de pareja sigue ligada al amor hacia una figura paterna, figura frente a la que, tarde o temprano, se infantiliza y se asfixia al entrar en contradicción con su condición de persona y de mujer sexual que desea todo lo demás. Así, el malestar de las mujeres viene de las dificultades para armonizar su identidad, que se compone realmente de identificaciones diferentes frente a distintos espejos en los que busca sus imágenes cambiantes y poco compatibles, de niña protegida, madre protectora, mujer deseante...

Entre tanto, los hombres no tienen menos dificultades, porque tampoco ellos pueden estar ya cómodos encarnando sólo una figura paterna y poderosa. También su condición erótica está aún sujeta a sentirse con rasgos que les permitan estar investidos de esa potencia. Pero eso es cada vez más frágil y la caída del pedestal está asegurada en diversos momentos de su vida y de sus relaciones con las mujeres. La caída les arrastra una y otra vez a una situación de desconcerto e impotencia.

¿Cuáles son los efectos del malestar generado por estas contradicciones?. Existe un desencuentro, una desentendimiento entre los sexos, dicen muchos. Las parejas se separan tarde o temprano, cada vez más temprano que tarde, las rupturas son traumáticas y dejan marcas muy dolorosas en las vidas. Mujeres y hombres se enamoran, y finalmente se llegan a odiar y a hacerse daños muy profundos. Me permito articular la explicación para ello, precisamente en que el deseo inicial se sigue articulando en una relación en la que el hombre tenga rasgos paternos, en el sentido de un poder, una superioridad, y eso le permite sostenerse deseando a la mujer porque le refleja lo que él tiene. El imperativo cultural sigue activo y ella es el espejo de *un tener* que le otorga la potencia. La mujer al mismo tiempo, le desea porque él *tiene*, y se encarga, más o menos consciente o inconscientemente, de mantener su propia carencia, de ser menos y por tanto recibir de él. Actualmente esos rasgos de poder masculino, siguen siendo el "orden y mando" cuando la condi-

ción social, cultural y económica es más baja y ha penetrado menos el cuestionamiento de los roles, además de que cuando la condición social y cultural es desfavorable, las mujeres están sujetas a un redoblamiento de los efectos del sometimiento, porque ya no es sólo lo que condicionan los deseos, sino que sabemos que el aislamiento social, la falta de un círculo de sostén y apoyo, la carga de hijos pequeños, la dependencia económica, las hace tener que pasar por situaciones durísimas. El peso de las condiciones sociales es enorme sobre la problemática de género, pero en cualquier clase social está el germen de lo mismo, que puede ser mucho más sutil que antiguamente y estar reducido a la intimidad de la pareja. Puede ser que él gane más dinero, puede ser que él posea algo más de posición social, algo más de edad, algo más de saber, algo más de capacidad de decisión, siempre algo más de algo, que puede ser sólo perceptible y útil para el equilibrio de la pareja misma. Pero esa sutilidad no deja de ser el germen de una relación de poder-sometimiento que por tanto se fundamenta en la rivalidad. Y por eso, al paso del tiempo, ocurren hitos, en la vida común de la pareja que revelan esa vertiente. Cuando la mujer empieza a asfixiarse, o el hombre también se asfixia por una demanda constante de que sea más, o cuando ella consigue un logro social con el que sobrepasa al hombre, o cuando él pierde el trabajo, o cuando nace un hijo, o cuando un hijo llega a la adolescencia, ya que a menudo los hijos son vividos como rivales, o cuando se decide abortar o esterilizarse sin estar los dos de acuerdo, o con la tragedia de una enfermedad o una muerte familiar, y ese hito desvela un poder de la mujer que estaba velado, eso hace caer al hombre de su posición y esa caída arrastra consigo la caída del deseo, el de ambos, porque estaba sustentado precisamente en ese equilibrio inestable *del tener*. Las separaciones vienen en última instancia por el fin del deseo, que lo primero que arrastra es la insatisfacción sexual, o bien la revela si estaba tolerada o soterrada, y esto se relaciona biográficamente, aunque de forma sorda y no inmediata, con ese tipo de hitos que llevan a una pérdida y a un duelo por la pérdida de una posición que era vital. El odio y el traumatismo que las acompaña, tiene que ver con el efecto destructor de la pérdida de la posición vital infringida por el otro.

Podemos ir sacando puntos importantes y ver que una relación de pareja sostenida de esta manera, tiene un riesgo muy específico a la hora de tomar decisiones sobre la reproducción: embarazo, aborto, nacimiento, anticoncepción, esterilización pueden ser fuentes de caída o redistribución de la potencia entre la pareja y cambio de papeles o identificaciones que pueden traer la desaparición del deseo.

En la práctica más concreta, podemos analizar como efectos del desencuentro entre los sexos, no sólo las separaciones, sino más cosas. Cuando hay una ruptura del equilibrio

descrito, también puede tomar un curso diferente a la separación o intermedio hasta que esta llega.

Para las mujeres, la ausencia de deseo viene aparejada a un desprecio hacia el hombre que no la satisface y una rabia contenida, y puede tomar, entre otras vías, la de la subdepresión o la depresión franca, el doble de frecuente en mujeres que en hombres. **Teresa Bernardez (1)**, apunta que en un enorme número de los hogares de EE.UU., la madre está deprimida y esto pasa inadvertido, como si fuera algo consubstancial a la familia. **Anne Bar Din (2)**, en un estudio en Inglaterra, descubre que la depresión que comienza tras un parto, continúa a menudo por periodos muy largos, hasta años, pasando también inadvertida y sin atender.

La depresión es sentirse vacío, inhibidos los impulsos vitalistas, es un estado de duelo por una pérdida donde lo que se ha perdido no se localiza con claridad.

Los estados de ansiedad y angustia indefinida, 5 a 6 veces más frecuentes en mujeres que en hombres, son también una consecuencia del malestar de las mujeres en su identidad quebrada y contradictoria y en la ausencia de una identificación de mujeres deseantes, atrapadas en la soledad de una exclusiva función de madres. En este estado, las mujeres buscan un lugar donde demandar contención y, cada vez más a menudo, ese lugar es la medicina. Su ansiedad somatiza síntomas vagos que llevar a las consultas.

Son las hiperfrecuentadoras de los servicios sanitarios, con morbilidad psico-afectiva difusa, somatizaciones como las fibromiálgias, cefaleas, vértigos, mareos y otros síndromes vagos muy prevalentes. Son los signos del malestar de las mujeres que arrancan de su insatisfacción. Así como los estados depresivos prolongados o las depresiones post-parto que indican que con el nacimiento se ha producido un duelo por una pérdida.

Ahora bien, ¿por qué deprimirse o ponerse ansiosa hasta enfermar y seguir en una relación de desprecio y queja constante como puede llegar a ser la pareja y la familia?. Es tanto más frecuente que esto ocurra en mujeres con dependencia económica, sin posibilidades de encontrar un trabajo satisfactorio y lo que encuentra es un trabajo con el que lo que consigue es trabajar el doble cada día, sintiéndose culpable por descuidar a los hijos, lo que además pueden aumentar las disputas conyugales, sin tener tiempo, ni fuerzas, ni forma de crearse una red de apoyo, comunicación y sostén social cotidiano, todas ellas conocidas variables sociales que inmovilizan a las mujeres, tanto más cuanto más extremas sean y que los estudios de morbilidad diferencial de género, van precisando.

Otro camino que está al alcance de las mujeres es la masculinización. Aclaro que estoy muy lejos de plantear que la mujer activa, trabajadora e intelectual, sea una mujer masculinizada, más bien planteo que esa es la vía para la creatividad y la subjetivación. Tener un trabajo satisfactorio

o independencia de movimientos es un factor de protección contra muchas adversidades de los condicionantes de género. Pero cuando en esa acción se está depositando la insatisfacción generada en el desencuentro con los hombres y el móvil es la rivalidad con ellos, en una búsqueda del *tener*, y no del ejercicio del ser, eso se vuelve contra la mujer ya que, en ese caso, es una postura reactiva que marca también una sexualidad con los hombres más belicosa que pacífica, mas reivindicativa que placentera en sí misma. Es muy diferente la acción masculinizante, que tiene como signos la ansiedad, la agresividad, la rivalidad y las somatizaciones sobre el propio cuerpo en las funciones donde la relación con la feminidad está comprometida. No es casual la creciente prevalencia de síndromes como la endometriosis, la sangre menstrual que se vierte hacia dentro y que se acompaña de esterilidad de evolución paradójica, síndrome con el que se acaban logrando operaciones mutilantes del aparato reproductor. O de síndromes premenstruales cíclicamente invalidantes, o de quistes anexiales con alto valor biográfico, o los ovarios poliquísticos, grandes, duros y perezosos en su producción de hormonas femeninas. Es aquí de donde está surgiendo toda una aparatosa patología ginecológica psicósomática que compromete, no casualmente, la fertilidad de las mujeres, ya que es la identidad femenina la que se ve comprometida. *Es el momento en que la feminidad se expresa en carne viva, cuando es tan conflictivo ser mujer deseante en conflicto con el rol del género femenino esperado e interiorizado. No son despreciables estos efectos psicósomáticos que tienen que ver con la representación del cuerpo femenino a fin de siglo, que está sufriendo un socavamiento aún casi nada estudiado.

Otros puntos importantes que recoger aquí: los trastornos ginecológicos de este siglo son expresiones de los conflictos de la feminidad en carne viva con raíz en la conflictiva de género actual.

Por parte de los hombres, las reacciones ante la caída de la posición de potencia, toman caminos algo diferentes de las mujeres. El recurso de simbolizar, es decir, de recomponer su ser por la vía del trabajo y el reconocimiento social, les es muy útil, ya que no es contradictorio con lo que el rol del género masculino determina y además les reafirma en una función de padre de familia sostenedor, aunque se empobrezca su relación erótica con su mujer y emplee sus energías fuera de casa. Encuentran en ello una buena vía de compensación siempre y cuando sea suficiente para desviar las pulsiones sexuales. Si esto no es suficiente, o no está a su

*Gerard Pommier, en su libro "La excepción femenina. Impases del goce", analiza el goce de las mujeres y de la feminidad desde una perspectiva singular que permite entender la relación entre la feminidad y los efectos psicósomáticos que de ella proceden.

alcance por sus condiciones educativas y sociales o por propia estructura psíquica, es propio de los hombres tomar el camino de la agresividad, que aparece en la pareja con formas soterradas de castigo cotidiano, hasta violencia franca, o bien fuera de la pareja, en relaciones con mujeres marcadas por los signos de la *puta*, mujer más o menos anónima, susceptible de sometimiento sexual, con la que la violencia sexual se supone permitida y que sirve para disociar a la mujer madre, objeto intocable sexualmente que dejan en casa. Cuando el hombre toma ese camino, el precio que paga la sexualidad de las mujeres, tanto de la que queda en casa como la de "la otra", es alto, y además, la violencia contra la mujer está servida.

En extremo, la caída del hombre y su impotencia frente a la mujer, es también el germen sobre el que aparece el empuje a la violación sobre una mujer desconocida, sin cara y sin nombre, puramente objeto sexual. O también la pederastia, extremo perverso cuyo silogismo sería: "quiero ser un hombre potente, con las mujeres no puedo, luego caeré con mi potencia sobre los más débiles, los niños."

Otra vía reactiva posible que los hombres de fin de siglo están tomando, cuando en su estructura no cabe el camino perverso, que afortunadamente no es siempre así, se centra en su dificultad para ser padres. El cambio de lugar de las mujeres y el hecho del control de la concepción por parte de ellas, ha producido un cambio esencial en el acceso a la maternidad y la paternidad que está cada vez más, en manos de las mujeres. Ser un padre hoy día es más incierto que nunca y para cada hombre, llegar a ser un padre desprovisto de la investidura patriarcal, es de lo más complicado porque no encuentran la apoyatura de su autoridad sino su impotencia.

Se parte de lo extendida que está la fórmula íntima de pareja en la que el hombre, caído de un registro de potencia, no llega a salir de su posición de hijo, imaginariamente hijo de su compañera. Y ella, en la precariedad de un deseo como mujer, ejerce una cierta función de madre, situación que es bastante estable, aunque con un erotismo y sexualidad precarios, pero que, lógicamente, encuentra su tope y su desequilibrio si ambos tienen un hijo que desplaza al hombre de su lugar de hijo. La mujer por su parte, se vuelca en una fusión con el niño o niña que viene a ser el que completa ansiosamente su deseo. Sorprende la frecuencia actual con que ocurre que después del nacimiento de un hijo, el hombre sale de la cama conyugal, se va a otro cuarto donde amasar su desplazamiento, y queda la mujer con el niño en la habitación matrimonial, con las excusas de la comodidad de la atención nocturna al niño o niña, o de los ronquidos, etc...

Es de lo más frecuente la fuga del padre ante un embarazo, o postergar indefinidamente la decisión de tener un hijo, o si

ocurre un embarazo accidental, se quedan pasivos diciendo a la mujer: "Haz lo que tu quieras". Hay que saber que esa falta de respuesta deseosa del hombre lleva al aborto provocado a muchas mujeres. De nacer los hijos a pesar de todo, conocemos la vigencia actual de la figura del "*padre ausente*" (Asunción González de Chávez) (4), es el hombre que con la llegada de un hijo cae en la pasividad, la indecisión, el silencio, la impotencia, que no interviene en la educación del hijo y enerva a la mujer que recibe toda la carga del cuidado y las decisiones acompañado todo, claro está, de una caída del erotismo entre ambos que se refleja en la inhibición y el empobrecimiento de la vida sexual.

El padre ausente, que puede serlo aunque esté presente en la convivencia diaria, se complementa con una madre entonces excesivamente presente, excesivamente poderosa y absorbente, que además ejerce una parte de la función paterna que en este siglo ha dejado de investir a los hombres y que recae en dispersión entre hombres y mujeres. Es la combinación que se encuentra detrás de múltiples trastornos psicopatológicos actuales de las familias y de los hijos, especialmente adolescentes, por ejemplo, las explosiones de agresividad y transgresión de los chicos y la anorexia de las chicas. Aquí, por supuesto, teniendo en cuenta la multicausalidad de estos trastornos en los que interviene la estructura psíquica del propio sujeto y las predisposiciones que conlleva y el cambio en el orden simbólico, con los modelos de cuerpo y de conducta que se transmiten socialmente a través de unos medios de comunicación infiltrados masivamente como no lo habían estado nunca en la historia y que suponen una visión del mundo y un estímulo que desborda, en gran medida, las influencias familiares, además de la investidura de la Ciencia y la Medicina como Gran Padre inobjetable al que sólo se puede desafiar con la pulsión de muerte.

En todos los contextos descritos, ya vemos que la sexualidad está mediatizada por una serie de equilibrios inestables que hipotecan el placer y pueden desembocar en las llamadas *disfunciones sexuales*.

La alternativa

A pesar de todo, creo que son posibles formas de amor y de erotismo que no tomen los caminos descritos y que han existido siempre en el buen hacer, que no es mayoritario. Las relaciones pueden construirse sobre un amor al ser del otro, no al tener o no tener del otro. La potencia puede circular pulsátilmente de uno a otra, pero se trataría de "yo amo al otro masculino por lo que es y yo no soy, y yo amo al otro femenino por lo que es y yo no soy", núcleo completamente distinto del fundado en el tener y en la rivalidad. El amor al ser y no el amor al tener, diferencia radical que debería subyacer en toda atención a la sexualidad y educación sexual que se precie de cambiar actitudes en profundidad.

Unos últimos puntos que nos interesa resumir: Las relaciones de pareja en las que aparece el castigo, el autocastigo, que a veces toma la forma de no protegerse contra enfermedades, o de esterilización victimaria, o de malos tratos o abusos; las disfunciones sexuales, las perversiones, y los desequilibrios en la dinámica familiar, que son caldo de cultivo para psicopatologías de sus miembros, pivotan sobre relaciones escarpadas por los imperativos de los roles de género interiorizados dando contenidos imaginarios a la estructura del sujeto, cuando estos establecen relaciones de poder-sometimiento y por los consecuentes trastornos del deseo.

Para resumir esta primera parte:

Las relaciones y los vínculos, íntimos, emocionales y sexuales entre hombres y mujeres, y por tanto las relaciones dentro de la familia, están mediatizadas y conflictuadas por un estado de transición en las relaciones de género, marcadas culturalmente e interiorizadas hasta mediatizar los deseos íntimos.

Esta conflictiva muestra hoy día una serie de efectos que recaen directamente sobre la salud mental, sexual y reproductiva de hombres y mujeres y prolongan sus efectos sobre la salud de los hijos e hijas.

Un papel de la atención en Planificación Familiar

Un término que encuentro afortunado de **Christian y Loles** (1985) (5) es que existe “una zona gris”, entre la salud y la enfermedad, zona de factores de relaciones interpersonales que según cómo se resuelvan van a dar mayor salud o mayores conflictos y donde estaría el lugar de una prevención.

Propongo que situemos la atención en Planificación Familiar como una atención en esa “zona gris”, donde se presentan los estereotipos de género influyendo en el malestar de las mujeres y en las relaciones de las mujeres con los hombres, que se traducen en situaciones familiares, vinculares, sexuales, reproductivas y somáticas de las personas, que hacen su emergencia privilegiada como demandas explícitas o implícitas de atención en Planificación Familiar y que son las que pueden dar el pie para ofrecer información, y un modo de intervención, que incida en la prevención y promoción de la salud. Y que la PF sea un observatorio operativo de esas circunstancias implícitas de la zona gris.

¿Qué condiciones han de darse para observar la “zona gris”?

Demanda explícita, demanda implícita

De forma genérica, lo que hace falta es hacer visible lo que permanece invisible en las demandas que las mujeres traen a PF.

En toda demanda de atención hay que diferenciar la demanda explícita, que es la petición manifiesta de quién consulta, y la demanda implícita o latente, que puede no ser manifestada y que contiene la constelación de situaciones íntimas, emocionales, físicas y sociales que son las que han hecho cuajar y sostienen la demanda explícita.

A menudo, la persona llega pidiendo algo, que puede ser muy acertado y que es realmente la solución para sus necesidades. Es el caso en que la demanda explícita y la implícita son armónicas, y la respuesta al pedido es un éxito, porque no hay contradicciones. Esa persona cumplirá fácilmente las indicaciones y tratamientos que se le den porque, de hecho, resuelve su necesidad.

Pero lo más extendido es que exista una discordancia entre la demanda explícita, que puede ser sólo una solución parcial a su situación, o que puede contener una defensa contradictoria para afrontarla. En estos casos, si respondemos a la demanda explícita, sin desvelar la implícita, no se producen efectos, la intervención fracasa y la persona no cumple el tratamiento... Y no es porque la persona sea tonta, inculta, rebelde ante el profesional, o no quede bien informada, si no porque no se ha resuelto su demanda.

La demanda implícita no satisfecha siempre insiste. Y lo puede hacer al menos de cuatro formas:

1º.- El que consulta hace fracasar, no voluntariamente, la respuesta obtenida. El incumplimiento terapéutico en todas sus formas, incluso los efectos secundarios exacerbados a fármacos prescritos, que llevan a la supresión del tratamiento, son efectos del taponamiento (siempre ineficaz) que produce una respuesta terapéutica que omite la subjetividad del paciente y sus singularidades, cosa que tanto se ve favorecida por la aplicación sistemática de protocolos cuando estos se encaminan a tratar las “enfermedades” y no a los “enfermos”. También pueden aparecer secuelas psicofísicas si prescribimos actuaciones drásticas y rápidas insuficientemente elaboradas subjetivamente, como esterilización o aborto provocado (**Sara Velasco Arias**) (6).

2º.- La insistencia de la demanda implícita puede tomar la forma de hiperfrecuentación del mismo servicio sanitario, lo cual no debe ser tomado con irritación por los profesionales, ya que no es nada personal, sino la insistencia de la demanda latente no descubierta. En planificación familiar, este mecanismo está detrás de las demandas repetitivas de anticoncepción postcoital urgente, de fracasos consecutivos de diversos métodos anticonceptivos, tanto por efectos secundarios como por fallos de los métodos, reinfecciones por enfermedades de transmisión sexual a las que la mujer continúa exponiéndose, embarazos compulsivos (**Sara Velasco**) (6) que acaban repetitivamente en abortos provocados, etc... todos ellos efectos de la invisibilidad del deseo subyacente y sus trastornos.

3º.- La conflictiva de la demanda latente continúa avanzando y desencadenando más efectos nuevos, que avanzan hacia la enfermedad. Si la conflictiva subjetiva continúa, puede llegar la depresión franca, diversos desequilibrios psicósomáticos, o enfermedades que hubieran podido frenarse algunos pasos antes.

En el campo de la PF, serían enfermedades ginecológicas psicósomáticas, (endometriosis, síndrome de ovarios poliquísticos, ...), secuelas de infecciones de repetición, determinaciones drásticas sobre la fertilidad (esterilización, o por el contrario infertilidad y reproducción asistida), crisis vitales o relacionales de pareja, de familia, etc...

Estos efectos vendrán a insistir en el mismo servicio o reaparecer ya en otros, como servicios de especialidades, servicios sociales, servicios de salud mental.

4º.- La persona puede ir a otro lugar con su misma demanda explícita e implícita, por ejemplo a las redes paralelas a la pública, donde elegir a quién cree que la escuchará más acertadamente.

En los cuatro casos el resultado de una respuesta a una demanda explícita, obturando la demanda implícita que la causa, es un fracaso de la asistencia.

Visualización de la "zona gris"

Los contenidos de la "zona gris" para PF, es decir la conflictiva sexo-reproductiva procedente de la dinámica de las condiciones de género, (Sara Velasco) (7) que pertenecen a la esfera de lo psíquico y lo social, son los que habría que visibilizar y los que habría que escuchar y permitir desplegar para que la mujer pueda hacerse cargo de las causas subjetivas que determinan sus padecimientos.

Para ello es necesario tener en cuenta a las usuarias de forma global y subjetivadora, a base de observar, escuchar, visibilizar y atender todo aquello que permanece en la sombra del gris, de donde procede lo que las mujeres usuarias traen como demandas. La propuesta es mantener una práctica en la que no aceptemos el objeto de sus cuerpos para operar sobre él, sino que desvelemos la subjetividad de la persona que nos llega, ayudándola a arrojar alguna luz sobre la zona en sombra, la de su forma de vivir de la que procede su malestar y en definitiva, su demanda.

Factores de riesgo y efectos

Podríamos resumir simplídicamente los factores de riesgo procedentes del área psico-social donde se sitúan los condicionantes de género y sus efectos posibles.

1.- **Factor de riesgo: Relaciones de poder-sometimiento y desequilibrios de la autoestima.** Pueden llevar a:

- Victimización en malos tratos y violencia.
- Transmisión de ETSs.
- Transmisión heterosexual de VIH/SIDA.
- Esterilización victimaria y traumática.
- Aborto provocado por coacción.

2.- **Factor de riesgo: Ambivalencia y contradicción del deseo de maternidad y paternidad.** Llevaría a:

- Incumplimiento anticonceptivo (AC).
- Efectos secundarios subjetivos de AC.
- Anticoncepción paradójica.
- Aborto provocado de repetición.
- Secuelas psicofísicas post-aborto.
- Secuelas post-esterilización.
- Anticoncepción de emergencia repetitiva habitual.
- Patología obstétrica psicósomática y depresión postparto.

3.- **Factor de riesgo: Conflictos de identidad femenina.** Llevarían a:

- Esterilidad de causa desconocida.
- Trastornos ginecológicos psicósomáticos.
- Patología obstétrica psicósomática y depresión post-parto.

Todos los factores pueden llevar a:

- Sexualidad insatisfactoria y disfunciones sexuales.
- Embarazo no deseado.
- Embarazo de riesgo.
- Aborto provocado.
- Disfunciones de la dinámica familiar.

Todos los factores se agravan con variables de vulnerabilidad de género como:

- Dependencia económica.
- Aislamiento social.
- Doble jornada laboral.
- Etnias de cultura patriarcal estereotipada.
- Cargas de familiares enfermos.
- Precariedad de recursos económicos y patrimonio.
- Mujeres cabeza de familia monoparental.

Citas

- (1) Bernardez, Teresa. (1990). *La mujer y la rabia: Las prohibiciones culturales y el ideal femenino*. En el Seminario del Departamento de Estudios de la Mujer de Elipsis. Madrid. (Ed. en offset.)
- (2) Bar Din, Anne. (1990). *La depresión materna y el niño*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- (3) Pommier, Gérard. (1985). *La excepción femenina. Impases del goce*. Ed. Alianza Estudio. Buenos Aires.
- (4) González de Chávez, Asunción. (1998). *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.
- (5) Cristian y Loles. (1987). *Ponencia de apertura del II Congreso de Medicina Psicósomática*.
- (6) Velasco Arias, Sara. (1995). *Nafragios. Mujeres y aborto*. Ed. Libertarias Prodhufi. Madrid.
- (7) Velasco Arias, Sara. (1999). *Prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en mujeres con perspectiva de género*. Ed. Instituto de la Mujer y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid.