



**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
PROGRAMA DE MAestrÍA EN ESTUDIO DE LA VIOLENCIA SOCIAL Y
FAMILIAR**

**EL ROL MATERNO IMPUESTO A LA MUJER EN UNA SOCIEDAD
PATRIARCAL, COMO FACTOR QUE INCIDE EN EL ABORDAJE DEL
SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.**

**Trabajo de Graduación sometido a la consideración del Tribunal
Examinador del Programa de Maestría de Estudio de la Violencia Social y
Familiar, para optar por el grado de:**

Magister

por

**Rocío Mata Brenes
Vanessa Villanueva Schofield**

**San José, Costa Rica
2003**

**“Dice la cultura patriarcal que no existo. Yo
digo:
existo y siempre he existido,
soy plena y siempre he sido plena”.***

* Esta acotación y las que encabezan cada uno de los capítulos fueron extraídas del libro de Wolfensberger Sherz, Lilly. *Cuerpo de mujer, campo de batalla*. Serie: Libertad y Responsabilidad. Plaza y Valdéz Editores, México. 2001.

ACTAS DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

AGRADECIMIENTOS

- A las grandes mujeres que nos acompañaron en el proceso:

MSc. Grettel Balmaceda

MSc. Rosario González

Dra. Roxana Arroyo

Dra. Gioconda Batres

MSc. Ana Lucía Villarreal

- Al Hospital Benemérito Dr. Maximiliano Peralta de Cartago, por permitirnos el acceso a la información.
- A las funcionarias integrantes del Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, por su participación en este estudio.
- A las funcionarias del Departamento de Trabajo Social de dicho hospital, por su gran colaboración.
- A las especialistas involucradas en la temática por sus valiosos aportes.

Dedicatorias

A todas aquellas mujeres-madres que viven en situaciones de mayor vulnerabilidad y cuyas condiciones de vida no les han permitido disfrutar el goce de la maternidad, quizás reflejadas en el Síndrome de Munchausen por Poderes. Su historia silenciada también es parte de nuestra propia historia.

Las investigadoras.

A mis hijas, Marlene y Gloriana, en proceso de ser mujeres libres desde mi propia libertad, a partir de una nueva lectura de la vida.

A Lliya, a quien he dedicado mis triunfos anteriores y especialmente éste. Gracias por tanta solidaridad y amor.

Rocío

A Dios sobre todo, por estar conmigo siempre y permitirme alcanzar esta meta.

A mi esposo, hijas, hijos y a mis dos tesoros, Ale e Ignacio, mis nietos, por su gran amor, apoyo y comprensión.

Vanessa

INDICE

	Página
<i>Actas</i>	3
<i>Agradecimientos</i>	4
<i>Dedicatorias</i>	5
<i>Índice de cuadros</i>	9
<i>Sumario</i>	10
<i>Introducción</i>	14
<i>CAPÍTULO I Planteamiento de la investigación</i>	16
1.1 <i>Antecedentes del problema</i>	18
<i>Contexto internacional</i>	18
<i>Contexto nacional</i>	24
1.2 <i>Justificación</i>	25
1.3 <i>Delimitación y formulación del problema de investigación</i>	30
1.4 <i>Objetivos</i>	31
<i>CAPÍTULO II Marco teórico</i>	32
2.1 <i>Definición del Síndrome de Munchausen por poderes</i>	34
2.2 <i>Sistema patriarcal</i>	36
2.3 <i>Poder y relaciones de poder</i>	40
2.4 <i>Identidad de género y maternidad</i>	41
2.5 <i>Maternidad</i>	43
2.6 <i>Ámbito público y privado</i>	49
<i>CAPÍTULO III Metodología</i>	51
3.1 <i>Tipo de investigación</i>	53
3.2 <i>Población</i>	53
3.3 <i>Recolección de la información</i>	53
3.4 <i>Unidades de análisis e información</i>	57
3.5 <i>Categorías de análisis</i>	57
3.6 <i>Fuentes de información primarias y secundarias</i>	58
3.7 <i>Triangulación</i>	58
3.8 <i>Ordenamiento, clasificación y análisis de la información</i>	58
3.9 <i>Aspectos éticos</i>	59
3.10 <i>Alcances y resultados</i>	59
3.11 <i>Limitaciones de la investigación</i>	59

3.12	<i>Proceso de elaboración de los instrumentos de recolección de la información.....</i>	60
3.13	<i>Proceso de validación de los instrumentos.....</i>	65
3.14	<i>Identificación y descripción de las fuentes de información.....</i>	66
3.15	<i>Cualidades a considerar en el diseño de la entrevista a profundidad.....</i>	66
3.16	<i>Cuadro descriptivo de las categorías de análisis.....</i>	67
	CAPÍTULO IV Presentación y análisis de los resultados.....	69
4.1	<i>Grandes mujeres, grandes aportes.....</i>	71
4.2	<i>Las madres Munchausen desde el grupo focal.....</i>	84
4.3	<i>Mujeres-madres: todas diferentes, todas iguales. Revisión de expedientes.....</i>	92
4.4	<i>Mujeres-madres Munchausen y la ruta de su evasión.....</i>	98
	CAPÍTULO V Conclusiones y recomendaciones.....	108
5.1	<i>Conclusiones.....</i>	110
5.2	<i>Recomendaciones.....</i>	114
	<i>Bibliografía.....</i>	116
	<i>Anexos.....</i>	119

ÍNDICE DE CUADROS

	Página
CUADRO 1 Cuadro descriptivo de las categorías de análisis.	68
CUADRO 2 Semejanzas y diferencias entre simulación, Síndrome de Munchausen e histeria.	74
CUADRO 3 Violencia estructural.	90
CUADRO 4 Cuadro comparativo de los tres casos según información en expedientes clínicos.	94

SUMARIO

El Síndrome de Munchausen por poderes y su construcción desde la teoría feminista, representa un abordaje novedoso de esta temática, ya que permite acceder a un campo que aún no ha sido estudiado.

El objetivo fue poder lograr, al cuestionar la conceptualización misma del síndrome, una lectura diferente de esta realidad, centrada en el interés por brindar aportes que permitan desmitificar los roles que la sociedad impone a las mujeres de una forma que violenta su libre elección, en este caso específico, la maternidad.

El interés al plantear el rol materno impuesto socialmente como factor que incide en el abordaje de mujeres-madres con Síndrome de Munchausen por poderes, radica en el interés de estudiar esta problemática desde otra óptica, desde un enfoque género sensitivo, con el fin de llegar a otras lecturas de esta problemática.

No se encontró evidencia de atención especial a estas mujeres-madres en ninguna instancia. Son juzgadas y enjuiciadas, despojadas de sus derechos y solo se hacen recomendaciones de atención psiquiátrica, pero no existen programas terapéuticos específicos y menos desde una perspectiva genérica.

La investigación realizada constituye un estudio cualitativo, de carácter retrospectivo y de tipo exploratorio, debido a que el Síndrome de Munchausen por poderes es una temática muy poco estudiada en nuestro país y porque desde la orientación género-sensitiva no se encontró evidencia de estudios antecedentes.

La población de este estudio se constituyó por los expedientes de tres mujeres-madres que presentan el Síndrome de Munchausen por Poderes y los de sus hijas e hijos atendidos/as en el Hospital Benemérito Dr. Max Peralta de Cartago, para un total de 10 documentos. Además por cuatro especialistas involucradas en la temática y las profesionales integrantes del Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, que integraron el Grupo Focal.

Se trabajó en un proceso de tres fases. La primera fue la información recogida de una entrevista semi-estructurada aplicada a cuatro profesionales involucradas con la temática y el enfoque de género. La segunda fue la revisión de los expedientes de tres niños y cuatro niñas hijos-as de tres madres diagnosticadas con el Síndrome de Munchausen por poderes en el citado hospital. Dentro de estos expedientes se encontraron informes clínicos, psicológicos, de trabajo social, legal y socioeconómicos; de instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social y el Patronato Nacional de la Infancia. También se revisaron los expedientes de las tres mujeres-madres, encontrándose una información muy escueta en relación a lo que se buscaba, donde el instrumento utilizado permitió identificar vacíos importantes en la información. De estos expedientes se realizó un análisis de contenido de acuerdo a las categorías previamente establecidas. La tercera fue la realización de una dinámica de grupo focal con funcionarias de la institución hospitalaria integrantes del Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, quienes son las personas responsables de asumir,

diagnosticar y realizar un primer abordaje de los casos de Síndrome de Munchausen por Poderes.

Los resultados que se derivaron de este estudio se espera sean de utilidad para los grupos que trabajan con esta problemática.

La limitación más significativa que se presentó durante el proceso de esta investigación, fue la imposibilidad de poder entrevistar directa y personalmente a las mujeres-madres estudiadas para esta investigación.

**“¿Por qué sigue la violencia?
¿Sigue la violencia porque yo lo permito?
¿Por qué lo permito?
¿Por qué?
¿Permito la violencia porque yo misma la
veo como normal?”**

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Munchausen por poderes y su visualización desde el enfoque género-sensitivo, representa un abordaje novedoso de esta temática, ya que permite acceder a un campo que aún no ha sido estudiado.

El objetivo es poder lograr, al cuestionar la conceptualización misma del síndrome, una lectura diferente de esta realidad, centrada en el interés por brindar aportes que permitan desmitificar los roles que la sociedad impone a las mujeres de una forma que violenta su libre elección, en este caso específico, la maternidad.

Según la teoría feminista existen mujeres que son madres por imposición patriarcal, donde la censura, presión social y la socialización son demandas que se le presentan a la mujer como disyuntivas inevitables. No media en la mayoría de los casos la libre elección, menos en sectores donde la población femenina presenta mayores carencias culturales y económicas.

“Ninguna noticia origina un impacto tan fuerte ni provoca reacciones tan adversas como la del infanticidio, pues su ocurrencia toca aspectos fundamentales de nuestras identidades, de la constitución de la feminidad y de la masculinidad, así como de la maternidad. Se torna, por tanto, en un quiebre o ruptura que deja entrever nuestras propias contradicciones, el odio y el amor mezclados en la cotidianidad. Ofrece también la ocasión perfecta del ejercicio del control social, para sancionar con medidas ejemplarizantes las conductas transgresoras de las mujeres.” Caamaño y Rangel, 2002:9

La posición de estas autoras refleja claramente la intención de este estudio.

Se coincide con ellas en las apreciaciones de género, ya que el objetivo se centra en evidenciar la violencia hacia las mujeres-madres con Síndrome de Munchausen por poderes cuando éstas ingresan a un sistema de salud que las invisibiliza.

El planteamiento de que la maternidad subordina a la mujer no es reciente. Ya Simone de Beauvoir (1949) plantea la idea de que la maternidad es algo impuesto a la mujer por el hecho de serlo, como una forma de opresión. Esta afirmación se ve reflejada en la sociedad a través de varias formas, por ejemplo:

- ❖ La socialización diferencial a niños y niñas en donde a las niñas se les inculca la vocación por la maternidad y se les atribuyen características de resignación y de carencia de iniciativa.
- ❖ La maternidad está envuelta en la trampa del matrimonio.
- ❖ La familia figura como institución de la ideología patriarcal, imponiéndole a la mujer un recargo de trabajo que no le permite desarrollarse en otros ámbitos.

Para Beauvoir no se trata de condenar a las mujeres si quieren ser madres, sino que lo condenable es la ideología que incita a todas las mujeres a serlo y las condiciones en que tienen que serlo.

Es en este marco de reflexión donde se pretende desarrollar esta investigación.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

**“¿Quiero yo tomar conciencia de
los patrones culturales nefastos?
¿Estoy yo lista para abandonarlos?”**

1.1 Antecedentes del problema.

En la revisión bibliográfica se encontró una gran cantidad de evidencia empírica de este fenómeno a nivel internacional, documentándose con casos reales, aunque siempre desde la categoría de abuso o violencia infantil. En general, los estudios son reportes de casos clínicos.

Contexto internacional.

Abordaje biomédico y psicológico del Síndrome de Munchausen por poderes.

El Síndrome de Munchausen por poderes constituye una de las formas más severas y sofisticadas de abuso infantil, y consiste en la agresión física continua al o la menor por períodos prolongados. Presenta una serie de características que hacen su diagnóstico sumamente difícil, debido a lo incierto de su etiología y a lo confuso de su presentación, encontrándose frecuentemente muchas diferencias de criterio entre las personas que intervienen en su manejo. Se caracteriza porque la persona a cargo del niño o la niña, que en el 98% de los casos es la madre, elabora una enfermedad ficticia en el o la menor. Estas madres se caracterizan por presentar calma ante los síntomas que exhibe el niño/a y se mantienen muy involucradas mientras el menor o la menor está en tratamiento, dándole cuidados y elogiando al equipo de salud tratante, según Sell, (2002).

En 41 casos revisados entre 1974 y 1984 (Conde V. 1985; 16), la edad media de las hijas/os de estas mujeres-madres fue de 4.4 años y no se observaron

diferencias en cuanto al sexo. La madre fue la responsable de los síntomas en más del 78% de los casos y con una elevada frecuencia eran diagnosticadas como patológicas desde el punto de vista psiquiátrico (Síndrome de Munchausen, depresiones, trastorno de personalidad, etc). Las desavenencias conyugales en el seno familiar fueron frecuentes, aunque el estudio no reporta el porcentaje.

Sell menciona que el término “Munchausen” fue propuesto por primera vez en 1951 por Richard Ascher, en una publicación médica sobre pacientes que buscaban atención médica con historias, síntomas y hallazgos que planteaban serias inconsistencias, y que luego de un difícil y largo análisis médico, se demostraba que eran producidas por el mismo paciente. Según el mismo artículo, Ascher recalca la falta de sentido que tenía el producirse estas enfermedades, pues el común denominador era la falta de una ganancia secundaria. Desde finales del siglo XIX ya se habían hecho reportes similares, pero el término se adoptó en gran parte, por la solución que brindó el artículo de Ascher al poder catalogar como enfermo a una persona que “aparentaba burlar” las destrezas diagnósticas del médico.

Según Sell, Munchausen viene del “Barón de las mentiras” Karl Friederich Hieronymus Barón Von Munchausen, que nació en 1720 en Bodenwerder. Él sirvió como capitán de caballería para un regimiento ruso en dos guerras contra los turcos y era un conocido narrador de anécdotas sobre cacerías, viajes y batallas. El documento menciona que Asher dedicó “respetuosamente” este síndrome al “famoso Barón Von Munchausen”.

El mismo autor plantea que lo que motiva a la mujer-madre suele ser complejo y no bien entendido por los estudios de psicopatología y dinámica familiar. En algunos casos se han identificado precipitantes como problemas conyugales, pero sin búsqueda de ganancia secundaria económica ni de reconciliación.

Sell refiere que se aprecia en la mujer-madre un inusual interés en detalles y terminología médica, que contrasta a veces con una legítima preocupación maternal por el pronóstico incierto de la condición que presenta el niño/a. Hay un gran contraste, es una madre con dominio de temas de salud, del funcionamiento hospitalario y de jerga médica, pero con escasa preocupación por la gravedad y falta de diagnóstico. Además menciona un estudio de 23 casos en el centro médico de Scottish Rite en Atlanta, en donde se encontró que más de un 25% de las madres implicadas son trabajadoras en salud, y un porcentaje igual ha trabajado en el cuidado de niños y niñas a nivel institucional.

El artículo contempla que las madres implicadas tienden a tener mala relación con el padre del niño o niña y son inusualmente afectuosas con el personal hospitalario, inclusive simpáticas y despreocupadas con el médico o médica que no ha podido hacer un diagnóstico. Pueden también discutir con mayor propiedad que la mayoría de los padres y las madres, buscando segundas opiniones en varios centros médicos y en ocasiones, demandando la salida de un centro de salud en contra de la opinión del personal médico tratante, cuando éste enfrenta o cuestiona las inconsistencias de una historia

clínica o comenta resultados reveladores sobre los estudios realizados que contradicen o frustran lo expuesto por la madre.

Para la mayoría de las y los autores consultados el diagnóstico de este síndrome plantea serias dificultades, porque la presencia de una madre particularmente interesada por los procedimientos médicos o que busca segundas opiniones, en la mayoría de los casos obedece al legítimo interés por la salud de su hija o hijo. La posibilidad de policonsultar a diferentes centros de salud, le permite a la madre pasar inicialmente desapercibida. Los casos son diagnosticados generalmente cuando se ha forjado ya un patrón de consulta, inconsistencias, repetidos resultados de estudios negativos y fallidas pruebas terapéuticas. En algunas ocasiones a través de cámaras escondidas cuando se sospecha del diagnóstico. La presentación clínica puede ser variada, con síntomas inespecíficos relativamente agudos, como dolor o sangrados y síntomas crónicos que califican dentro de una enfermedad, como por ejemplo la epilepsia.

Entonces, la lesión final y muchas veces letal sobre la víctima es producida, ya sea por la inducción de la enfermedad a manos de la madre con productos químicos de limpieza, por ejemplo, o por el médico o médica al indicar fármacos como anticonvulsivantes (con sus efectos secundarios) para tratar los síntomas referidos por la madre.

Según se desprende de la bibliografía revisada, es frecuente que se diagnostiquen casos luego de que varios hermanos o hermanas del paciente o la paciente han fallecido por causas no claras o en circunstancias inusuales. Actualmente los estudios con cámara de vigilancia oculta están siendo

propuestos en los Estados Unidos, para todos los centros pediátricos de atención terciaria, puesto que el 53% de los casos diagnosticados se logran probar sólo de esta manera y en un 22% se logra corroborar el diagnóstico que ha referido al niño o niña, pues las madres logran la manera de informarse a través de ellos.

Esta mujer expone la imagen de una madre abnegada, muchas veces convirtiendo a los o las denunciante en injustos o verdugos, “perseguidores de una pobre madre que además de cargar con una terrible y rara enfermedad de su hijo/a, con pruebas de gran dedicación por su parte, es acusada de ser la responsable”. Generalmente estas madres gozan del apoyo de familiares y cónyuge, lo que naturalmente puede complicar aún más el abordaje, según el artículo en mención

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, compilado por la American Psychiatric Association (1999), DSM-IV por sus siglas en inglés, propone los siguientes criterios de investigación para el trastorno ficticio por poderes:

- Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se encuentra bajo el cuidado de la persona abusadora.

- La motivación que define a este individuo es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.

- No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento.

- El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

En el artículo “Una aproximación a los fenómenos intersubjetivos en juego en el Síndrome de Munchausen por poder” de las autoras argentinas Armus y Morici (2000), aunque pareciera que se relaciona con el tema que estamos proponiendo, más bien destaca las emociones que el síndrome causa en el personal médico. Plantean que estas mujeres-madres “alteran el orden médico”, provocando ira y frustración al personal médico y éste se siente burlado.

En un artículo publicado en Cuba por varios médicos del Hospital Clínico-quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Espinoza Brito y otros (2000), se refieren a que la creciente medicalización de la sociedad y el desarrollo de la tecnología aplicada a la medicina, han provocado numerosos pacientes con enfermedades ficticias complejas. Estos autores establecen que las personas con este síndrome no pueden considerarse ni histéricas ni simuladoras porque son conscientes de sus actos. Lo que no queda claro son las razones que las impulsan a comportarse de tal manera, es decir que la motivación es inconsciente y a menudo difícil de determinar.

En estos planteamientos se sustenta la posición de las investigadoras de que en estas madres existen motivaciones intersubjetivas como lo podrían ser: una necesidad de afecto, de ser atendidas, protegidas, ser el centro de preocupaciones de personas importantes –como las y los médicos-, de ser motivos de confrontaciones y discrepancias entre especialistas connotados. Estos médicos cubanos afirman que estas mujeres “...*aunque no tienen una razón clara, no entienden porqué lo hacen*”.

Contexto nacional.

En Costa Rica dos profesionales han publicado material referido al Síndrome de Munchausen por poderes, uno de ellos es el Dr. Fernando Sell Salazar, quien publicó el artículo “Trastornos ficticios por poderes” (2002), en la revista El Foro del Colegio de Abogados de Costa Rica. En él, el Dr. Sell se refiere a la definición del Síndrome y recomienda que las y los abogados se aboquen al reconocimiento del síndrome y a su diferenciación de otros tipos de abuso en los que medien ganancias secundarias para el/la ofensora.

El otro artículo fue presentado por la Dra. Ivonne Gómez León en la Revista Medicina, Vida y Salud (2002), del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Se relaciona con “enfermedades ficticias” entre las que se menciona el Síndrome de Munchausen. Solo hace una mención descriptiva de las características del Síndrome.

Actualmente por Internet se presentan páginas web especialmente diseñadas, donde algunos especialistas se anuncian como personas calificadas para llevar demandas legales por esta causa, en Estados Unidos.

Se realizó un estudio documental del expediente judicial del primer caso por Síndrome de Munchausen por poderes, reportado en nuestro país en el año 1992. Este expediente incluye los informes médicos, reportes psicológicos y sociales y toda la documentación legal, incluyendo una evaluación médico-forense, de las instituciones involucradas en el caso (Caja Costarricense de Seguro Social, Poder Judicial, Comité Niño Agredido del Hospital Nacional de Niños y Patronato Nacional de la Infancia).

1.2 Justificación.

El interés al plantear el rol materno impuesto socialmente como factor que incide en el abordaje del Síndrome de Munchausen por poderes, radica en una necesidad de estudiar esta problemática desde la teoría feminista, con el fin de hacer otras lecturas sobre la forma como se abordan estas mujeres-madres. En la práctica profesional y en la revisión de la literatura relacionada con el tema, cuando se analiza un caso bajo el diagnóstico de Síndrome de Munchausen por poderes, se procura la protección del niño o la niña, a quien se considera víctima de violencia. Sin embargo, las motivaciones o realidades subjetivas que ha tenido la madre para recurrir a esta invención, no han sido estudiadas a profundidad.

Históricamente, la organización social ha sido una red estructurada de poderes, jerarquías y valores. Este poder lo ejercen los hombres desde las instituciones creadas por ellos mismos, con el fin de regular el orden de poder patriarcal que conlleva a opresión. Las mujeres y los hombres, comparados en este tipo de sociedad, se caracterizan por una magnificación de lo masculino y una infravaloración de lo femenino. Como resultado del proceso de socialización patriarcal los roles asignados a la mujer se circunscriben al ámbito de lo doméstico (cuido y crianza de los hijos y las hijas y del hogar). La interrogante surge al especular si de alguna manera el hecho de que una mujer con un niño o una niña enfermo/a, accese con mayor facilidad a las instituciones públicas o si el roce social con el poder que representa el personal

médico y en general con otro tipo de personas, en otros espacios físicos y en ambientes que le permiten ampliar su visión del mundo, su vocabulario y su dominio de un lenguaje nuevo (terminología médica), serán las motivaciones subjetivas desde estas mujeres, lo que las impulse a ser las ejecutoras de una agresión de esta magnitud hacia sus propios/as hijos o hijas.

Por otro lado se podría interpretar que estas mujeres, al irrumpir en el ámbito público enfrentan a los representantes del poder masculino (médicos y médicas, personal de enfermería, trabajadoras sociales, especialistas en psicología, etc), logran acceder a un espacio que les ha sido vedado en el sistema patriarcal: el ámbito de lo público, alcanzando interactuar y establecer otros tipos de relación.

Se supone que las instituciones como estructuras de poder son las poseedoras de imparcialidad, neutralidad y objetividad. Todo lo que ellas hagan representa el "bien de la sociedad". Cuando la mujer se torna infractora de este "bien" son las mismas instituciones las que se encargan de juzgarla y penalizarla.

El enfoque de género permite entender cómo actúan las estructuras de poder ante los comportamientos inadecuados de esta madre en el cuidado de sus hijos/as. Al ser vista como "monstruo", esto moviliza las instancias patriarcales coercitivas, aplicándosele la medida mas fuerte de sanción en contra de una mujer: la pérdida de la custodia de los hijos o hijas, una pérdida del único poder que tiene una mujer-madre en el sistema patriarcal, el poder de sus hijos e hijas, el ámbito de lo doméstico. Además, el estado aplica medidas

protectoras en procura de la seguridad de las/los niños, creando una hostilidad social hacia la causante de tales hechos.

No se encontró evidencia de atención especial hacia estas mujeres en ninguna instancia. Son juzgadas y enjuiciadas, despojadas de sus derechos y solo se hacen recomendaciones de atención psiquiátrica, pero no existen programas terapéuticos específicos y menos estudiados desde el género. (Quesada, Ana Virginia. Entrevista: 24 de octubre 2002. 2 pm)

En otros casos, los de infanticidio, citados por Caamaño y Rangel (2002), ellas argumentan que dentro de las disposiciones institucionales del Hospital Nacional Psiquiátrico, se establece el asumir un “adecuado rol materno” como criterio de progreso en la rehabilitación de estas mujeres. Este tipo de intervenciones insisten en mantener la invisibilización de las motivaciones subjetivas de estas mujeres, quienes talvez estén precisamente cuestionando una maternidad impuesta socialmente, a través de formas encubiertas, quizás retratadas en el Síndrome de Munchausen.

Desde el feminismo ha sido propuesto el concepto de una “maternidad voluntaria”. Se trata de una concepción teórica elaborada por las propias mujeres en oposición a la idea de una *“maternidad no elegida”*, como plantea Mercado (2001) en su artículo. La propuesta habla de construir las condiciones económicas, psicológicas, sociales, culturales y jurídicas para que las mujeres tengamos el derecho de una elección libre y consciente. Esta perspectiva permite hacer otra lectura de las mujeres-madres en el Síndrome de Munchausen posibilitando entender las construcciones subjetivas que estas mujeres pueden estar elaborando, como consecuencia de no poder negarse a

ser madres, en una sociedad en donde el rol materno de la mujer está tan arraigado, que negarse a él, es lanzarse simbólicamente a la muerte.

Transitar por caminos que permitan analizar este comportamiento con base en la teoría de género, permitirá un abordaje más justo y equitativo de estas mujeres, y es la mejor contribución que podría resultar de este estudio.

Si se considera la maternidad como un rol impuesto socialmente, ¿podrían existir mujeres que no son capaces de sobrellevarlo?

Para Mercado, según la construcción simbólica del género, la maternidad es lo específico de las mujeres . El sacrificio, la abnegación y el altruismo son los valores encarnados en la maternidad, valores que dirigen su vida entera. Esta autora continúa planteando que según estos valores, las mujeres son medios antes que fines en sí mismas, antes que personas con todos los atributos y derechos. Están allí para que nazcan y se críen nuevas vidas, para que cuiden y atiendan a las ya nacidas, y para que nada falte a sus maridos, a los enfermos y las enfermas y a las personas mayores.

La maternidad es una valoración tan profundamente radicada, la cultura está tan impregnada de ella, que se impone como algo “natural”, que adquiere la dureza, la inmovilidad, de una cosa social. La maternidad y la subordinación social a que se obliga a las mujeres, genera problemas ya que se instaura de manera impositiva en el imaginario femenino.

Para Mercado,

“La maternidad no debería ser destino ingobernable, vocación única, misión social o imperativo de la especie. Es un trabajo de amor que requiere, para ejercerse en plenitud, de dos condiciones previas: deseo y conciencia. La maternidad voluntaria derriba el mito de que la gestación y la crianza son hechos “naturales” o que las niñas y los niños son regalos del cielo. Es ante todo elección, manifestación amorosa, forma del deseo, compromiso y trabajo”

En la sociedad patriarcal no existe la maternidad voluntaria, es un rol asignado a la mujer desde su nacimiento. La capacidad de ser madre no es una característica innata; sin embargo, en la familia patriarcal la mujer tiene pocas posibilidades de rehuir a este mandato. Por ello podría estar acudiendo a los centros de salud para depositar la responsabilidad de su hijo o hija “enfermo/a” en manos de personas “capacitadas para cuidarlo”. Sin embargo, al ser diagnosticada con el Síndrome de Munchausen por poderes, es juzgada, aislada, invisibilizada. Por lo tanto esta investigación pretende estudiar el abordaje que reciben estas mujeres -madres a nivel institucional.

Para efectos de este análisis se considera que el tema de la maternidad es su eje central. Desde la teoría feminista ha sido propuesto el concepto de “maternidad voluntaria”, lo que será retomado ampliamente en el marco teórico y se desarrollará a través de un abordaje metodológico de tipo cualitativo. Se considera que este estudio es viable, ya que se cuenta con la información necesaria acerca de casos documentados y la posibilidad de tener acceso a los documentos y al personal tratante.

El acceso a la información es posible gracias a que el Comité de Docencia del Hospital Benemérito Maximiliano Peralta permitió la revisión de documentos y a que las miembras del Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, así como las especialistas involucradas en la temática, aportaron información de mucha importancia para el desarrollo de este estudio.

Otro aspecto coadyuvante en la realización de esta investigación es la expertise de las investigadoras en áreas complementarias, a saber, Psicología y Enfermería con Especialidad en Salud Mental y Psiquiatría.

La experiencia de las investigadoras, una desde el sistema hospitalario y la otra en el abordaje de casos y atención clínica, ambas en el área de la Salud Mental, permitió tener acceso a información práctica y vivencial de gran utilidad.

1.3 Delimitación y formulación del problema de investigación

Al proponer el siguiente problema de investigación, se pretende iniciar una lectura diferente sobre la maternidad desde el enfoque género-sensitivo, el cual permitirá un mayor acercamiento a la realidad de las mujeres-madres diagnosticadas con el Síndrome de Munchausen por poderes. Se pretende interpretar, de una forma no discriminativa, la problemática de estas madres y la violencia de género a que están expuestas. Al hacerlo así, se espera lograr explicaciones más sensibles y precisas sobre este fenómeno.

El enunciado es el siguiente:

¿Es el rol materno impuesto a la mujer, en el contexto de una sociedad patriarcal, un factor que incide en el abordaje del Síndrome de Munchausen por poderes, en tres mujeres-madres costarricenses diagnosticadas con este síndrome en el período 2001-2003, en el Hospital Benemérito Maximiliano Peralta de Cartago?

1.4 Objetivos.

Objetivo general.

Indagar la relación que existe entre el rol materno impuesto a la mujer en el contexto de una sociedad patriarcal y el abordaje del Síndrome de Munchausen por poderes, en tres mujeres-madres costarricenses diagnosticadas con este síndrome en el período 2001-2003, en el Hospital Benemérito Maximiliano Peralta de Cartago.

Objetivos específicos.

1. Analizar la percepción que tienen las especialistas entrevistadas, sobre el Síndrome de Munchausen por poderes, en los casos revisados.
2. Establecer los estereotipos sociales que tiene el personal tratante con respecto a la maternidad y si éstos son determinantes en el abordaje del síndrome.
3. Analizar si el diagnóstico del síndrome, se constituye por sí mismo en violencia de género y examinar las formas de victimización de las mujeres-madres.
4. Proponer a los grupos que trabajan con esta población una revisualización de las mujeres-madres diagnosticadas con este síndrome, desde la teoría de género.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

**“¿Por qué acepto
la normalidad
de lo anormal?”**

A continuación se exponen los fundamentos teóricos que permitirán relacionar el abordaje del Síndrome de Munchausen por Poderes como producto de una socialización patriarcal que “obliga” a las mujeres a ser madres, constituyéndose éste en un rol impuesto socialmente y del que pocas mujeres logran eximirse.

2.1 Definición del Síndrome de Munchausen por poderes (SMPP)*

El SMPP es una forma inusual de maltrato infantil, descrito en 1977 por Meadow, según refiere Sell (2002). En este síndrome el niño o la niña es víctima en forma repetida de la simulación o provocación, por parte de uno de los progenitores o cuidadores, de síntomas por los que es sometido/a a controles médicos y tratamientos innecesarios así como procedimientos diagnósticos habitualmente invasivos e igualmente nocivos para el o la menor.

Uno de los síntomas más frecuentemente argumentado en relación con el SMPP es la crisis convulsiva, por las que los niños y las niñas son erróneamente diagnosticados como portadores de epilepsia. Para Espinoza (2000) es un síndrome de difícil diagnóstico y se desconoce su incidencia o prevalencia real. Sin embargo, es especialmente importante el diagnóstico precoz de esta patología, por la elevada morbilidad y mortalidad de los niños que han sido objeto de esta forma de malos tratos infantiles.

Como parte de la reflexión que se ha hecho en torno a la conceptualización revisada de este síndrome, se considera que éste presenta

* En adelante se continuará utilizando estas siglas para referirse al síndrome en estudio.

un sesgo sexista, ya que al relacionarse principalmente con mujeres-madres, ha presentado la maternidad como una característica innata, “por naturaleza” en una ideología patriarcal.

Además, tiene implícito el mandato social de ser madre y serlo de buena manera. Al ser diagnosticada con este síndrome, ello implica que esta mujer ha transgredido dicho mandato. La mujer es entonces visualizada como “perversa” y “maligna”, se parte de la noción de que en el rol materno la mujer debe ser invariablemente “buena”. Incorpora la naturalización del género, la cual no puede ser cuestionada. El problema reside en parte en que también su comportamiento desafía a las estructuras sociales de autoridad (poder del hombre dentro de la familia, las instituciones de salud, jurídicas, comunales, etc), Sobre este punto surge la interrogante si será que desde el imaginario femenino, esta conducta constituya una necesidad de la mujer de irrumpir y establecer una relación con el ámbito público.

Con base en esta reflexión, se considera importante analizar la información que se obtenga desde la teoría feminista, lo que permitirá hacer una lectura diferente sobre la realidad de estas mujeres e incurrir en un campo que aún no ha sido explorado de esta forma, de acuerdo con la literatura revisada.

A continuación se presentan las categorías conceptuales desde dicha perspectiva.

2.2 El sistema patriarcal.

Según Gerda Lerner (1987; 46), las mujeres son y han sido agentes y actoras activas en la formación y construcción del mundo y la falta de toma de conciencia y el ser partícipe de la sociedad patriarcal como víctima y cómplice se da porque el pensamiento patriarcal hizo que las mujeres creyeran que su exclusión de la creación de símbolos y de la elaboración de definiciones se debía a circunstancias ajenas a la historia.

Para Lerner, el estar convencida de que el patriarcado es un sistema histórico, posibilita su cambio. Para llegar a estas afirmaciones pasaron casi veinte años desde que Kate Millet, en 1969, escribiera la primera obra sólida sobre el patriarcado.

Millet (1995; 106) enunció, entre otras, tres ideas importantes: la relación social que hay entre los sexos es política; el dominio masculino se asienta en la creencia generalizada de su supremacía biológica sobre las mujeres y se impone por la fuerza, y el género es una identidad adquirida. Millet tomó de Weber su visión del poder como dominación pero consideró este enfoque del poder insuficiente para el análisis de la política sexual, diciendo que era imprescindible concebir una teoría política que estudie las relaciones de poder en un terreno menos convencional que aquel al que estamos habituados.

Millet definió el patriarcado como una institución basada en la fuerza y la violencia sexual sobre las mujeres, recubierta de aspectos ideológicos y biológicos y correspondida con la división social, los mitos, la religión, la educación y la economía.

Caracteriza el patriarcado como una institución perpetuada mediante “el conjunto de relaciones y compromisos estructurados de acuerdo con el poder, en virtud de los cuales un grupo de personas queda bajo el control de otro grupo”. Según Millet el patriarcado se apoya en dos principios: el control del macho sobre la hembra, y del macho de más edad sobre el más joven.

Lerner (2000; 30) menciona que el concepto de patriarcado es antiguo, ha sido estudiado desde el siglo pasado por Engels y Weber, ambos teóricos sociales, quienes coincidieron en analizarlo como un sistema de poder y de dominio del hombre sobre la mujer. En efecto, el patriarcado se da históricamente como una toma de poder del hombre sobre la mujer, basado inicialmente en justificaciones de tipo biológico y cuyo poder se elevó a lo económico y a lo político.

La misma autora define el patriarcado como el orden social que institucionaliza el dominio masculino sobre las mujeres desde la familia y se extiende al resto de la sociedad. Es el resultado de un proceso histórico en el cual el papel del género ha sido determinante. Esto porque es a través de un enfoque de género que se puede entender cómo se ha producido la subordinación de la mujer, que se manifiesta no sólo en su sometimiento a las reglas de la familia patriarcal, sino también de un control sexual por parte del estado (por ejemplo: la maternidad impuesta, la obligatoriedad del velo en algunas sociedades, el control de la natalidad, etc.) Este proceso está estrechamente ligado a la aparición de la esclavitud, a la división de la sociedad en clases y a la consolidación del poder del estado, continúa planteando Lerner.

El sistema patriarcal presupone que el dominio masculino es un fenómeno universal y natural, sustentado por la religión y la ciencia. Considera lo masculino como paradigma de lo humano. Crea instituciones que sustentan este dominio, como el sistema jurídico, la educación, el lenguaje, etc., las cuales mantienen y perpetúan la desigualdad entre hombres y mujeres, enfatizando la supremacía de los primeros, según Facio y Fries (2002; 44)

En este conjunto de instituciones políticas y civiles que ayudan a mantener y perpetuar el ordenamiento social y económico (cultural, religioso, político) que da por sentado que las mujeres como categoría social, siempre está subordinada al hombre.

Para las autoras mencionadas estas instituciones son:

1. **El lenguaje ginope:** Este se da cuando en una cultura, el lenguaje no registra la existencia de una sujeta femenina. En nuestras culturas, generalmente las mujeres no existen en el lenguaje, no son protagonistas, se las refiere como “a la mujer de”. El problema es que a través del lenguaje no sólo se introyectan los valores y hábitos de la cultura, sino que los define y los fija en la conciencia: define y fija la subvaloración de la mujer con respecto al hombre.
2. **La familia patriarcal:** Según la teoría feminista, la familia es el espacio privilegiado del patriarcado donde se aprende a mantener y reproducir el control del hombre sobre la mujer. Se constituye como una unidad de control económico y sexual del hombre sobre la mujer y los hijos e hijas.

De las instituciones patriarcales, la de la familia es la que se cuida con mayor celo por su función como reproductora del sistema.

3. **La educación androcéntrica:** Donde se institucionaliza la sobrevaloración de lo masculino, a través de la transmisión de ideas, valores y conductas que aseguran la dominación de los hombres sobre las mujeres.
4. **La historia robada:** O historia faltante. Donde la investigación, los aportes y la participación de mujeres a través de la historia, no se ha dado a conocer, no ha sido registrado, no ha sido tomado en cuenta. Así, la historia en general, a la que se tiene acceso, es una historia parcial y en muchos casos distorsionada, porque proviene del punto de vista de solo una mitad de la humanidad.
5. **El derecho masculinista:** Al entramarse con lo ético y lo moral en la sociedad, el derecho se convierte en un disciplinador del género, con poderes legitimados para sancionar ante el incumplimiento del sistema de normas imperantes: las normas patriarcales.

La historia da cuenta de formas de violencia institucionalizada a mujeres por infringir el código normativo asignado a ellas (independencia personal, sexual, etc).

En tanto se considere al hombre como paradigma de lo humano, las instituciones que son creadas por él responderán principalmente a sus necesidades e intereses o las que él cree que tienen las mujeres, fortaleciendo cada vez más el patriarcado.

Según Saltzman (1989; 24)

“los sistemas de estratificación de los sexos se mantienen principalmente por la transmisión temprana de normas de sexo y atributos engendrados de la personalidad que se incorporan profundamente a los

conceptos que hombres y mujeres tienen de sí mismos y que afectan a las conductas y las elecciones a lo largo de toda la vida”.

La autora plantea que si los procesos de socialización patriarcal en la infancia se varían a favor de la igualdad, también variarán otros aspectos del sistema de estratificación en la vida adulta de las personas.

2.3 Poder y relaciones de poder.

El poder se define como la habilidad que tienen algunas personas o grupos para provocar la obediencia de otros. Son poseedores de algo que les permite provocar un interés o necesidad en el grupo de seguidores o en un caso individual. Podría hablarse de dinero, bienes materiales, servicios, aprobaciones de amor, o simplemente para sentirse a salvo de cualquier daño físico, real o imaginario. Además, quienes ostentan el poder también tienen los medios y así lo considera el grupo dominado, quien tiende a obedecer por temor a perder lo poco que tienen (su salario, su casa, manutención, etc., según sea el tipo de relación.), según Saltzman (2002; 123)

De este modo, los sistemas de estratificación son sistemas de injusticia y de poder. Sin embargo, las bases y el grado de injusticia y de poder varían de una estratificación a otra y de una sociedad o época a otra. Así, cuando se refiere a la estratificación social en relaciones de género, se está ante el poder de dominación que ejerce el sexo masculino sobre el femenino. Poder que se sustenta en estructuras tales como la autoridad que lo legitima. Por lo tanto, quien ostenta el poder tiene el derecho de tomar decisiones vinculantes o de expresar exigencias y, quien obedece, tiene la obligación de cumplirlas.

Por otro lado, la legitimidad del poder masculino está arraigada en la ideología sexual, la cual se define como sistemas de creencias que explican cómo y por qué se diferencian los hombres de las mujeres. Sobre esa base, se especifican derechos, responsabilidades, restricciones y recompensas diferentes para cada sexo en donde siempre impera la desigualdad. Se basan siempre en principios religiosos y en diferencias biológicas, los cuales han inferiorizado históricamente a las mujeres .

Como toda forma de poder social, el patriarcado se asienta sobre la violencia y el consenso (ideología). Aquí la ideología que sostiene el “status” superior del hombre sobre la mujer, se basa en la construcción de un “temperamento” distinto para cada sexo, modelado de acuerdo a diversos estereotipos (masculinos y femeninos), y sobre un “papel sexual” o código de conducta que la sociedad asigna a cada uno.

2.4 Identidad de género y maternidad.

Kate Millet, en su libro *“Política Sexual”* (1995; 276) expone cómo la identidad (temperamento y rol) femenina o masculina no están determinadas biológicamente, sino que son una construcción cultural que se aprende. En los niños y niñas esta identidad de género se establece con la adquisición del lenguaje. *“Cada momento de la vida del niño implica una serie de pautas acerca de cómo tiene que pensar o comportarse para satisfacer las exigencias inherentes al género”*

La identidad puede definirse como el conjunto de características que distinguen la objetividad del sujeto en relación con el ser y el mundo

circundante, según Lagarde (1992; 23). Es responder a la pregunta ¿quién soy? (auto identidad) o ¿quién es? (identidad asignada). Estas dos identidades no siempre tienen una correspondencia, lo que puede generar conflicto en la persona.

Una tercera categoría de identidad es la identidad adoptada. Estas no son condiciones subjetivas aisladas unas de otras, sino que es un sistema de referencia entre sujetos y sujetas diferentes entre sí.

La asignación de una identidad, implica el poder de asignarla. Todas las identidades asignadas son construidas, implementadas y reproducidas por fuentes de poder. Estas definen, con relación a los géneros, que cosa es ser mujer u hombre, estableciendo un “deber ser”.

Esta autora afirma que el sistema de identidad va conformando un sistema de referencia de identidades de los sujetos. El sujeto asume elementos de la identidad como suyos y va añadiendo también a esa identidad, elementos que son optados. La identidad asignada, la identidad optada y la auto identidad están siempre en proceso de movimiento y transformación.

Históricamente, a través del proceso de socialización, el ser humano aprende en torno a la asignación de identidades y al contenido de lo que es ser mujer y lo que es ser hombre. La mujer tiene un cuerpo y una sexualidad asignadas, como también ciertas formas de comportamiento, lenguaje, forma de vestir, etc. Desde que es pequeña, sabe que tiene que aprender a cocinar, a ser sumisa, entre otras, es decir, aprende una identidad femenina.

La identidad de género se arraiga de tal manera, que aún hoy, cuando las mujeres han logrado salir del ámbito doméstico y trabajan y participan en

política, ciertos aspectos permanecen intocables como la maternidad asignada, la heterosexualidad, entre otros. Lagarde (1992; 26) continúa planteando que las mujeres que logran hacer construcciones subjetivas nuevas, sufren las consecuencias de asumir un “yo equivocado”, generando crisis profundas, incluso autoagresión y hostilidad por parte de los demás.

Para ella hay una serie de comportamientos para cada género que resultan, como ya se dijo, mandatos poderosos que se convierten en el “deber ser”. La contradicción más importante en la auto identidad de las mujeres es la de “ser para los otros” o “ser para sí misma”; y si vive “para sí misma” se llena de culpa, lo cual es funcional para el sistema patriarcal.

Por otro lado, las mujeres que combinan la vida doméstica con la pública, no logran estructurar una identidad integrada. Marcela Lagarde ha llamado a este fenómeno “la doble vida”.

2.5 Maternidad.

El orden genérico desde la ideología patriarcal define a las mujeres en tanto su condición de madres. En el proceso de socialización privilegia la maternidad para las mujeres. Se le considera un hecho natural, se establece el mito del instinto maternal. Una mujer que no desea tener hijos, que aborta o mata a sus hijos, es considerada un monstruo, según Caamaño y Rangel (2002; 113), ya que la maternidad conforma el núcleo genérico de la identidad femenina, el cual se establece a través del discurso y los mensajes de la ideología sexual, la inclinación natural de toda mujer para ser madre. Siempre

“buena madre” y “la madre ama a sus hijos en forma continua y definitiva”, para mencionar solo algunos mandatos.

Por medio de esta socialización, además de perpetuarse las pautas ideológicas, se reproduce el mandato del ejercicio maternal femenino.

La primera teórica feminista en hablar sobre la maternidad impuesta y sus implicaciones para las mujeres fue Simone de Beauvoir, como lo señala María Teresa López Pardina en Amorós (1994: 110). Plantea que Beauvoir en su libro, *El Segundo sexo*, analizó la maternidad como una desventaja para la mujer, como algo impuesto a la mujer por el hecho de serlo. En este sentido, se puede catalogar a la maternidad como una forma de opresión. Según este artículo, la denuncia de Beauvoir en su libro se sustenta en:

- La educación diferencial niños/niñas: a las niñas se les inculca la vocación por la maternidad.
- La maternidad está envuelta en la trampa del matrimonio y la familia.
- La familia como institución de la ideología patriarcal.

Beauvoir introduce la idea de la necesidad de una maternidad libre, que favorezca la independencia de la mujer en la toma de decisiones.

A continuación se hace un resumen de otros planteamientos teóricos feministas y sus aportes al tema de la maternidad, recopilados por Diana Miloslavich Túpac en su artículo “Maternidad y feminismo” (2002). En éste Marcela Lagarde plantea que la maternidad es “*el contenido trascendente ofrecido a las mujeres para realizar el sentido de su vida, pero por sus características es uno de los fundamentos de la expropiación vital de las mujeres y, en ese sentido, de su opresión.*”

Aralia López, crítica literaria feminista, en su libro *Sin imágenes falsas, sin falsos espejos* (1995), sostiene que

“la maternidad va dejando de ser lo constitutivo de la subjetividad y la identidad femenina. A partir de nuevos deseos como el saber, el de hacer, el de poder y el de autonomía, se están modelando inéditas subjetividades femeninas en contraste con el estereotipo del eterno femenino”.

Graciela Hierro, filósofa feminista, afirma:

“las mujeres tienen el deber moral de elevar la maternidad a la jerarquía axiológica de la producción, resulta indispensable que la maternidad se ejercite como un proyecto humano, y no, como ha sido hasta ahora, como una función natural”.

Lucy Irigaray, pensadora feminista, sostiene que

“tal vez estemos en un momento de la historia que ya no es posible eludir la dominación, determinadas o ayudadas por la contracepción, el aborto, que plantean de alguna manera el sentido de la maternidad y las mujeres; sobre todo a partir del hecho de su entrada y sus encuentros con los circuitos de la producción han iniciado la búsqueda de su identidad sexual y comienzan a salir del silencio”.

Esta afirmación propone un debate más profundo, que incluye no sólo una visibilización mayor de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres, sino buscar asumir con responsabilidad ética el derecho que se tiene a decidir.

“De como se ubique en tanto hija, cada mujer, dependerá el futuro de todas y de cada una”,

sostiene Victoria Sau (1986), filósofa española, quien afirma que

“la maternidad no existe en tanto nos encontramos que el contrato social, en virtud del cual se reconoce el bien común y nuestra conducta, toma debido a ello un sentido ético, es todavía un contrato masculino, entre varones, en el que todo asunto es reenviado de un hombre o grupo de ellos a otro hombre o grupo de hombres. La distribución del trabajo, la planificación del mundo productivo y la planificación de la reproducción humana no son cosas de todos y todas, o de mujeres, en la medida que nos concierne, sino del colectivo masculino que toma las decisiones”.

Sau (1995) propone la existencia del dominio patriarcal sobre la reproducción biológica de las mujeres. Entiende la maternidad como un trabajo sociocultural, no es el resultado para ella de un acto de libertad de las mujeres, sino del control masculino sobre ellas a través de mecanismos culturales, lo que hace a las mujeres portadoras de los valores patriarcales.

En su libro *El vacío de la maternidad* (1995), aborda su estudio desde la mirada de la hija, ya que según ella no es seguro que todas las mujeres sean madres, ni todos los hombres padres. Lo que sí es universal es que todo ser humano, cualquiera sea su condición, sexo y edad, ha nacido de una mujer. Para ella la maternidad no existe porque se le ha restringido a lo biológico, negándole su dimensión humana, su proyección económica, política y social.

Desde el psicoanálisis, el texto de Marie Langer "*Maternidad y sexo*" (1951) explica cómo la maternidad feliz y la capacidad para el goce de la sexualidad dependen de las vivencias tempranas y tienen sus raíces en la relación madre-hija.

Su tesis básica era la siguiente: la sociedad impuso a la mujer severas restricciones en el terreno sexual y social, pero favorecía el desarrollo de sus actividades y funciones maternas. Las consecuencias de estas restricciones fueron las manifestaciones psiconeuróticas de la mujer, pero podía verse pocos trastornos psicosomáticos en sus labores procreativas. Langer sostiene que esto se invierte en el siglo XX, en donde las circunstancias económicas y culturales le imponen graves restricciones a la maternidad. Como consecuencia de ello, disminuyen los cuadros neuróticos típicos, no se encuentran los

cuadros de histeria, pero aumentan en forma alarmante los trastornos psicosomáticos.

En una investigación de las españolas Isabel Martínez Benlloch y Amparo Bonilla en el libro *“Sistema sexo género, identidades y construcción de la subjetividad”* (2000), publicado por la Universidad de Valencia en España, se afirma que en Occidente a partir del siglo XVIII, a la maternidad se incorporaron nuevos deberes que iban mas allá del hecho biológico, ya que al magnificar la función de las madres en el cuidado y la formación intelectual de los hijos, se les atribuyó cierto poder y la posibilidad de desarrollar su "naturaleza femenina" siendo "buena madre". Estas autoras sostienen que este ideal de maternidad que sigue manteniéndose,

“demoniza todo deseo de autonomía en las mujeres, terminando éstas “fagocitadas” por sus hijos”.

Algunos estudios han confirmado la relación existente entre aceptación del rol tradicional con índices de depresión a la mediana edad, por poner un ejemplo.

Magda Catalá en su libro *Las paradojas de la maternidad*, analiza el carácter ilusorio de ese supuesto amor perfecto, de esa imaginaria madre ideal que, siendo el objeto de nuestro primer deseo y el objeto de nuestra primera identificación, no es, en absoluto, ideal. La madre real es una mujer común y está llena de defectos y carencias, producto de la sociedad patriarcal.

Como lo señala Marcela Lagarde, en el artículo de Miloslavic (2002),

“la cultura de la maternidad idealiza para las mujeres las vivencias contenidas en la procreación, en la crianza y en los cuidados directos y personales y les asegura que a través de la maternidad encontrarán gratificaciones materiales y simbólicas, vivirán la forma más valorada del amor y serán felices”.

Esta cultura no devela el contenido real de la maternidad, con sus contradicciones, conflictos, su carga de trabajo y el abandono del yo mismo. En otro de sus escritos, Lagarde (1993) plantea la teoría del cautiverio de las mujeres y su función como madresposas, señalando que la maternidad gira en torno a la procreación, pero la rebasa a tal grado que existe más allá de sus límites.

La responsabilidad del papel de ser madre es la más permanente y estática del papel social de las mujeres. Por lo que continúa en ella recayendo el peso de la crianza y del bienestar de su descendencia. Sigue pesando en las mujeres el ser buenas esposas, perfectas madres, eficaces administradoras y ahora buenas ciudadanas.

Sin embargo, vemos que a pesar de dos hechos fundamentales acontecidos en el siglo XX, como son la incorporación de la mujer al trabajo y la aparición de métodos anticonceptivos, no se han terminado de modificar sustancialmente los roles asignados a las mujeres. No obstante, las transformaciones culturales y sociales que vivimos actualmente se manifiestan en cambios en las estructuras familiares y en los modelos de masculinidad y feminidad. Apuntan a relaciones más flexibles e igualitarias entre hombres y mujeres.

La familia sigue siendo el espacio del afecto pero también el de la violencia y es en este espacio desde donde las mujeres construyen su maternidad.

Lo que aparece sin duda con mayor visibilidad, son las diversas campañas de las últimas décadas en relación a la maternidad, que tienen que

ver con una mejora de los servicios de salud para las mujeres embarazadas, la llamada de atención sobre las madres adolescentes que cada día aumentan, con la lucha por la lactancia materna, por una visibilización de las madres jefas de familia y por mejorar las condiciones de trabajo de las madres; sobre el llamado de indignación y de atención a la maternidad forzada, sobre el derecho a decidir sobre el número de hijos e hijas. Todo o parte de ello traducido en el impulso a un reconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, logrado, sin lugar a dudas, por el desarrollo de la teoría feminista.

2.6 Ámbitos público y privado.

La crítica de la teoría feminista se ha centrado en señalar la ambigüedad del liberalismo en relación con la distinción que hace de las esferas pública y privada, discusión que se mantiene hasta nuestros días. Patterman (1996; 36)

Para la teoría y la práctica liberal, la separación entre lo público y lo privado es fundamental y en ello se basa todo su sistema. Las ideas que dieron origen al liberalismo de “igualdad, fraternidad y libertad” fueron, según podemos confirmar hoy, ideas andrologocéntricas. Según la misma autora (1996; 43), los pensadores liberales han excluido a las mujeres de sus argumentos por casi dos siglos.

La noción liberal de lo público y lo privado ayuda a mitificar la realidad de la sujeción de la mujer y al mismo tiempo hace que esta construcción social sea difícil de cambiar. Agrega que el liberalismo patriarcal se constituye como un perpetuador de la dicotomía público/privado, invisibilizando y excluyendo a

la mujer. a lo que se agregan condiciones de vida subordinadas al poder masculino y relegadas a un espacio que se considera inferior. A partir de la modernidad, la situación de mujeres que incursionan en el campo laboral, lo hacen mayoritariamente en trabajos considerados “propios de las mujeres”, con salarios inferiores y asumiendo una doble jornada, al quedar intacta su responsabilidad de los quehaceres del hogar.

Para Patterman (1996; 50) el feminismo radical de los años sesenta, acuñó la frase “lo personal es político”, llamando la atención de las mujeres sobre el carácter ideológico de los supuestos liberales sobre lo privado y lo público.

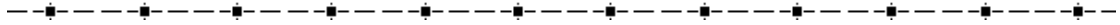
Por otro lado, Susan Moller, citada por Patterman (1996; 11) considera que esta dicotomía tiene graves implicaciones para las mujeres, no solamente porque oculta las desigualdades de poder y de recursos dentro de la familia, sino también porque no se considera como “trabajo” el trabajo de las mujeres.

Diversas posturas teóricas demuestran que la concepción de lo privado y lo público, se debate en una amplia gama de contradicciones, ambigüedades y discrepancias acerca de las implicaciones de esta separación. Las críticas feministas apuntan hacia una perspectiva dialéctica sobre la vida social, como alternativa a las dicotomías y oposiciones del liberalismo patriarcal. Sin embargo, como bien señala Patterman (1996; 52),

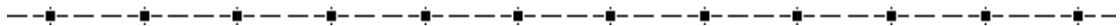
“la crítica feminista total de la oposición liberal entre lo público y lo privado todavía espera a su filósofo”

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA



**“Debo cuestionar la normalidad
de los modelos tradicionales.
Debo centrarme en mi gran
sabiduría para saber escoger los
modelos que me ayuden a crecer”.**



3.1 Tipo de investigación.

La investigación realizada constituye un estudio cualitativo de tipo exploratorio, debido a que el SMPP es una temática muy poco estudiada en nuestro país y porque desde la teoría feminista no se encontró ninguna evidencia de estudios sobre las motivaciones intersubjetivas desde estas mujeres-madres. Se propone con carácter retrospectivo, porque se estudiaron situaciones ya sucedidas. Está basado en revisión documental, entrevistas y una dinámica de grupo focal. Estas técnicas fueron una rica fuente de comprensión en y por sí mismas, que permitieron cumplir con los objetivos propuestos.

3.2 Población.

La población de este estudio estuvo constituida por los **expedientes** de tres mujeres-madres que presentan el SMPP y los de sus hijas e hijos atendidos/as en el Hospital Benemérito Dr. Max Peralta de Cartago, para un total de 10 documentos. Además por **cuatro especialistas** involucradas en la temática y las **profesionales integrantes** del Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, que integraron el Grupo Focal.

3.3 Recolección de la información.

Dada la ausencia de datos bibliográficos afines con la teoría de género y su relación con este síndrome, fue necesario realizar entrevistas a informantes

claves, que por su labor tienen relación con mujeres-madres portadoras de este diagnóstico. Se efectuaron cinco entrevistas informales con profesionales. Se entrevistó a la Lic. Ana Virginia Quesada, Jefa de Trabajo Social y miembro del Comité del Niño Agredido del Hospital Nacional de Niños en dos ocasiones.

En la primera entrevista (24 Octubre, 2002. 2p.m.) la Lic. Quesada explicó el procedimiento que se sigue en los servicios de salud cuando se presentan estos casos y señaló que el interés que priva en los análisis, desde el Comité del Niño Agredido, que es donde se estudia todo caso detectado en el sistema hospitalario nacional, es la protección de las y los menores. El abordaje a las madres consiste en prevenirlas de que si las hospitalizaciones del niño/a se siguen presentando, esa instancia coordinará con el Patronato Nacional de la Infancia, para la aplicación de medidas protectoras legales que consisten en sacar al niño/a del hogar y suspender la custodia y por último la patria potestad de la madre sobre las hijas o hijos.

La segunda entrevista (3 Marzo, 2003. 1 p.m.) se llevó a cabo para explicarle a la Lic. Quesada, el planteamiento del problema de esta propuesta de investigación, el enfoque que se pretendía utilizar para analizar esta problemática y discutir con ella la viabilidad de este estudio. La profesional se manifestó anuente en todo momento a apoyar el estudio y manifestó que consideraba muy importantes los alcances que pueden resultar y las recomendaciones para el abordaje de las madres. Aportó la información de expedientes y relató los casos que ese departamento ha manejado.

Con la Dra. Lady Zamora, Pediatra, Coordinadora del Comité para la Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago

(Octubre 10, 2002. 9:30 a.m.) se intercambiaron ideas y suministró información sobre el síndrome.

Con el Lic. Alberto Jiménez, Juez de Familia de los Tribunales de Justicia de Cartago (25 Setiembre, 2002. 9 a.m.), quien resolvió las medidas de protección en el primer caso documentado por SMPP en Costa Rica.

Con la M.Sc. Rosario González, Trabajadora Social y Coordinadora del Programa de la Maestría en Estudios de la Violencia Social y Familiar de la Universidad Estatal a Distancia (Febrero 21, 2003. 5 p.m.), quien aportó valiosa información como profesional tratante de estos casos en el Hospital Nacional de Niños.

Es así como se decidió realizar la investigación con mujeres-madres diagnosticadas en el Hospital Nacional de Niños, pero debido a obstáculos de orden administrativo se descartó esta posibilidad.

Se resolvió entonces revisar los expedientes de tres mujeres-madres que fueron diagnosticadas con el síndrome en el Hospital Benemérito Maximiliano Peralta de Cartago, y que fueron abordadas por el Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, así como los expedientes de sus hijos e hijas.

Se solicitó el permiso correspondiente a la Sección de Docencia e Investigación, Comité Académico Local de ese centro, quienes avalaron la solicitud para la revisión de expedientes.

Además, se solicitó autorización para la realización de una sesión de grupo focal con las integrantes del Comité de Prevención y Atención de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, la cual se realizó el 1 de octubre del 2003,

con el objetivo de conocer la opinión y las percepciones acerca de la maternidad que tiene el personal que trata a estas mujeres-madres.

Se trabajó en un proceso de tres fases:

- 1- Se recoge información a través de una entrevista semi-estructurada aplicada a cuatro profesionales involucradas con la temática y el enfoque de género.
- 2- Se revisan los expedientes de tres niños y cuatro niñas hijas de tres madres diagnosticadas con el SMPP en el citado hospital. Dentro de estos expedientes se encontraron informes clínicos, psicológicos, de trabajo social, legal y socioeconómicos, de instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social y el Patronato Nacional de la Infancia. Se analizaron los expedientes de las tres mujeres-madres, encontrándose una información muy escueta en relación con lo investigado, donde el instrumento utilizado permitió identificar vacíos importantes en la información. De estos expedientes se realizó un análisis documental de acuerdo a las categorías previamente establecidas.
- 3- Se realizó una dinámica de grupo focal con funcionarias de la institución hospitalaria, integrantes del Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, quienes son las personas responsables de asumir, diagnosticar y realizar un primer abordaje de los casos de SMPP.

Una última fase pretendía la realización de entrevistas a profundidad a las mujeres-madres, con las cuales se quería complementar, corroborar y profundizar la información recolectada en las fases anteriores, lo cual no fue posible. Más adelante se especifican las limitaciones que se tuvieron para realizarlas.

3.4 Unidades de análisis e información.

La unidad de análisis fue el abordaje del SMPP. Como unidades de información se tuvo en la primera fase a las profesionales involucradas en la temática, en la segunda los expedientes y en la tercera fase a las funcionarias de la institución.

3.5 Categorías de análisis.

Se utilizaron las categorías de análisis como la serie de ejes temáticos que permitieron delimitar e identificar los objetivos para esta investigación y realizar el análisis de contenido respectivo, con la subsiguiente interpretación de los resultados de las diversas fases del proceso.

Se trabajó con las siguientes categorías de análisis, las cuales surgieron durante el proceso de la construcción del marco teórico, del planteamiento del problema y de los objetivos de investigación:

- El SMPP analizado bajo el enfoque de género.
- Sistema sexo-género como base del sistema patriarcal.
- Poder y relaciones de poder.
- Identidad de género y feminismo.

- Maternidad.
- Ámbitos público y privado.

3.6 Fuentes de información primarias y secundarias.

Las fuentes primarias fueron los expedientes, la información que aportaron las funcionarias de la institución hospitalaria involucrada, así como las entrevistas a las profesionales. La fuente secundaria fue la bibliografía consultada.

3.7 Triangulación.

Correspondió a la “triangulación de los datos”, donde se utilizaron tres fuentes de información: los expedientes, las funcionarias de la institución y las especialistas entrevistadas.

3.8 Ordenamiento, clasificación y análisis de la información.

En la primera fase de la investigación se registraron las entrevistas en audio casete, para luego transcribir y clasificar la información, de acuerdo a las categorías de análisis establecidas.

En la segunda fase la información que brindaron los expedientes se clasificó también de acuerdo a las categorías de análisis.

En la tercera fase se realizó la dinámica de grupo focal con las miembras del Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, la cual no se grabó en vídeo atendiendo la solicitud de las mismas,

pero sí en audio casete. Además se realizó un análisis exhaustivo de la información recolectada durante la sesión, por medio de diferentes dinámicas.

Para terminar, se analizó la información obtenida en todo el proceso, para establecer interpretaciones y conclusiones con respecto al rol de la maternidad en la sociedad patriarcal y su incidencia en el abordaje del SMPP.

3.9 Aspectos éticos.

Se considera que en la realización de las entrevistas, el espacio que se brindó, tanto a funcionarias como a las integrantes del grupo focal, se constituyó en un espacio constructivo en la medida que sirvió para resignificar procesos institucionales y vivencias personales.

3.10 Alcances y resultados.

El reconocimiento del género y las categorías que acrecientan las condiciones de opresión en las mujeres, son parte de una visión novedosa cualitativa. Los resultados que se derivaron de este estudio se espera sean de utilidad en el futuro para los equipos de profesionales que trabajan con esta problemática.

3.11 Limitaciones de la investigación.

La limitación más significativa que se presentó durante el proceso de esta investigación fue la imposibilidad de poder entrevistar directa y personalmente a las mujeres-madres en estudio. A continuación se describirán brevemente las razones de cada caso.

CASO 1: Se contactó telefónicamente. Inicialmente expresó disposición aunque dijo que consultaría primero con su abogado, ya que había iniciado causas contra el hospital y el PANI por haberle retenido a las hijas e hijo. En el segundo contacto, manifestó que por consejo legal no aceptaba ser entrevistada.

CASO 2: Se logró entrevistar de manera espontánea durante una visita a la escuela a la que asisten sus hija e hijo. No fue posible aplicar el instrumento elaborado.

CASO 3: Se pudo establecer una cita para la entrevista. Sin embargo cuando se acudió a realizarla se encontraba incapacitada por una “crisis nerviosa” según refirieron sus compañeras de trabajo.

3.12 Proceso de elaboración de los instrumentos de recolección de la información.

Entrevista a profesionales:

Se elaboró el instrumento de entrevista a profundidad para cuatro profesionales de diversas disciplinas que de una u otra manera, están involucradas con la problemática desde las especialidades de Derecho, Psicología, Medicina Pediátrica y Género.

Con estas entrevistas se pretendió recopilar en cada una:

- Experiencia en la temática.
- Naturalización de la maternidad.
- Experiencia en el manejo de casos de SMPP.
- Enfoque personal del SMPP.
- Criterios para el análisis de la problemática.

La información recolectada con este instrumento permitió cumplir con los objetivos propuestos de:

- Establecer los estereotipos sociales con respecto a la maternidad y si éstos son determinantes en el abordaje del síndrome.
- Analizar si el diagnóstico del síndrome se constituye por sí mismo en violencia de género y examinar las formas de victimización de las mujeres madres.

El instrumento utilizado se presenta en el Anexo 1.

Grupo focal con funcionarias.

Con el objeto de detectar las percepciones de las integrantes del Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, quienes evalúan, diagnostican y refieren los casos de SMPP; se diseñó un esquema de sesión de grupo focal para lograr integrar conocimientos que permitieran proponer una revisualización del SMPP y sugerir formas de trabajo con estas mujeres-madres.

El grupo focal es una técnica de exploración utilizada en la investigación social, donde se reúne un pequeño número de personas guiadas por un/a moderador/a que facilita las discusiones. Esta técnica maneja aspectos cualitativos. Los/as participantes hablan libre y espontáneamente sobre temas que se consideran de importancia para la investigación. Se escogió la misma con el fin de obtener información sobre las percepciones acerca de la maternidad que tienen las funcionarias de salud que se encargan de atender los casos diagnosticados de mujeres-madres con SMPP. Por escrito se solicitó la participación Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia

Infanto-Juvenil de Cartago, con sede en el Hospital Benemérito Dr. Maximiliano Peralta y se logró anuencia a participar.

La sesión del grupo focal fue dirigida por una de las investigadoras quien utilizó una guía de discusión para mantener el enfoque de la investigación y el control del grupo. La guía de discusión contenía los objetivos del estudio e incluyó preguntas de discusión abierta..

El tamaño del grupo focal fue de seis participantes, lo que permitió profundizar más en el tema.

Como apoyo, se utilizó la observación de la otra investigadora y equipo de grabación de audio en un ambiente privado, cómodo y de fácil acceso.

Preparación y selección de las participantes:

El grupo focal estuvo integrado por seis mujeres que conforman el Comité de Atención y Prevención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago en el Hospital Benemérito Dr. Maximiliano Peralta de Cartago y que se desarrollan en las siguientes áreas: derecho, psicología, trabajo social, enfermería, pediatría y medicina forense.

a) MODERADORA: La moderadora fue la investigadora, Licda. Rocío Mata Brenes.

b) OBSERVADORA: La observadora fue la investigadora, Licda. Vanessa Villanueva Schofield.

c) PARTICIPANTES: Las integrantes son mujeres, con edades comprendidas entre los 30 y los 50 años, funcionarias del Hospital

Benemérito Dr. Maximiliano Peralta y con grados universitarios de licenciatura y de maestría.

Diseño de la guía de discusión:

a) Objetivos:

- Explorar cuáles son las percepciones que tienen las funcionarias acerca del SMPP.
- Detectar cuáles son las reacciones que éstas mujeres-madres despiertan en ellas.
- Descubrir los mitos y creencias que cada una de ellas tiene acerca de la maternidad.
- Describir cuál es el abordaje que consideran más indicado para los casos de SMPP.

b) Preámbulo.

-Presentación de las investigadoras y de cada una de las integrantes del grupo y lectura de los objetivos. Se explicó sobre la dinámica de grupo focal. Se aclaró sobre la confidencialidad de la información que brinden y el respeto hacia cada una de las opiniones.

-Dinámica rompehielo inicial relacionada con la participación de las participantes.

c) Temas generadores:

- 1- ¿Cuál considera que debe ser el rol de la mujer en nuestra sociedad?

- 2- ¿Qué piensa sobre la maternidad?
- 3- ¿Cuáles son las percepciones que tienen cada una acerca del SMPP?
- 4- ¿Cuáles son las reacciones que éstas mujeres-madres despiertan en ustedes?
- 5- ¿cuál es el abordaje que consideran más indicado?. ¿Existe alguno?

Se diseñaron dos actividades para el desarrollo de los puntos 2 y 4, con el fin de agilizar la discusión y evitar la monotonía. Para el primero se elaboró un listado de los mitos más comunes sobre la maternidad que se le repartió a cada una, en el cual debía marcar con equis con los que estaba de acuerdo. Para el segundo, también se les entregó por escrito la pregunta que debían responder cada una en privado. Se consideró que de esta manera se podría obtener mayor información sobre este delicado aspecto.

Los materiales elaborados para realizar esta actividad de investigación se incluyen en el Anexo 4.

Instrumento para análisis documental de expedientes.

Se procedió a revisar siete expedientes de niños y niñas y los de tres mujeres-madres que fueron diagnosticadas con SMPP en el Hospital Benemérito Dr. Maximiliano Peralta. En los expedientes se ubican análisis de trabajadoras sociales, psicológicos, médicos, de enfermería, etc. acerca del niño o niña o la madre y su familia y entorno.

Para cumplir con los objetivos específicos de este trabajo, se enfocaron los siguientes ejes temáticos:

- Información general de la madre

- Sus antecedentes familiares y personales
- Dinámica de pareja

El instrumento que se utilizó se incluye en el Anexo 2.

Entrevista a profundidad a las mujeres-madres

Este instrumento se diseñó con el objeto de indagar acerca de la percepción de estas mujeres-madres en cuanto a su rol materno y sus vivencias y realidad personal como portadoras del SMPP. Los puntos que se tomaron en cuenta fueron: información general, antecedentes familiares y personales, la historia de su infancia, su adolescencia y adultez, la dinámica de pareja, su constructo sobre la maternidad, las relaciones madre-hija y las percepciones subjetivas con respecto al síndrome en estudio. Por las limitaciones que se expusieron no fue posible aplicar este instrumento.

El formato de la entrevista a profundidad se incluye en el Anexo 3.

3.13 Proceso de validación de los instrumentos.

No se realizó ningún proceso de validación de los instrumentos diseñados para este estudio, ya que, al ser una investigación de tipo cualitativo, no se utilizaron instrumentos de medición numérica. Según Babbie (2000), la investigación de campo proporciona medidas más válidas que las encuestas y los experimentos, “ya que generalmente las ilustraciones detalladas calan hondo en el significado de nuestros conceptos”.

3.14 Identificación y descripción de las fuentes de información.

Las fuentes de información fueron las siguientes:

- 1- Profesionales involucradas con la temática.

- 2- Expedientes de los casos.
- 3- Resultados del grupo focal.

3.15 Cualidades a considerar en el diseño y la aplicación de la entrevista a profundidad.

Con el fin de obtener la información idónea y por el cuidado que requiere la interacción con estas mujeres-madres por la ruta crítica que han tenido que transitar y para evitar su revictimización, se consideró conveniente elaborar un manual que guiara en la realización de la entrevista. Aunque éstas no fue posible realizarlas, se presentan como parte de los materiales elaborados para esta investigación.

De acuerdo con la literatura sobre metodología de investigación (Babbie, 2000), un manual es importante porque permite unificar criterios, preceptos que enmarcan este estudio desde la perspectiva género-sensitiva y recordatorios de lo que se debe y no se debe hacer. Todo con el fin de lograr una escucha respetuosa, una relación empática y propiciar una relación horizontal con la persona entrevistada.

El formato del manual elaborado se incluye en el Anexo 6.

3.16 Cuadro descriptivo de las categorías de análisis (Cuadro 1).

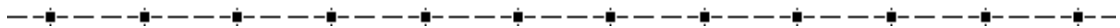
Problema: ¿Es el rol materno impuesto a la mujer, en el contexto de una sociedad patriarcal, un factor que incide en el abordaje del SMPP, en tres mujeres-madres costarricenses diagnosticadas con este síndrome en el período 2001-2003, en el Hospital Benemérito Maximiliano Peralta de Cartago?

Objetivo general: Indagar la relación que existe entre el rol materno impuesto a la mujer en el contexto de una sociedad patriarcal y el abordaje del SMPP, en tres mujeres-madres costarricenses diagnosticadas con este síndrome en el período 2001-2003, en el Hospital Benemérito Maximiliano Peralta de Cartago.

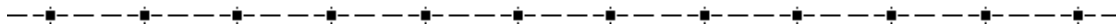
Objetivo específico	Categorías	Def. conceptual	Dimensiones	Def. operacional	Def. instrumental
<p>Analizar la percepción del Síndrome de Munchausen por poderes en los casos analizados con la información aportada por las especialistas.</p>	<p>SMPP</p>	<p>Enfermedades ficticias en las que el niño o niña sufre de padecimientos provocados por otra persona, en el 98% de los casos por la madre, con un fin aún desconocido y que le pueden provocar gravedad e incluso la muerte.</p>	<p>Experiencia en la temática. Experiencia en el manejo de casos. Enfoque para el abordaje del SMPP. Criterios de análisis del síndrome.</p>	<p>Conceptos relacionados con el SMPP desde diferentes perspectivas.</p>	<p>Revisión bibliográfica. Entrevista semiestructurada.</p>
<p>Establecer los estereotipos sociales con respecto a la maternidad y si éstos son determinantes en el abordaje del síndrome.</p>	<p>Rol materno</p>	<p>Son los mandatos sociales que se imponen a la mujer en la sociedad patriarcal con respecto a la maternidad (cuidadosa, amorosa, entregada, incondicional, etc.)</p>	<p>Estereotipos sociales con respecto a la maternidad.</p>	<p>Concepciones patriarcales sobre la maternidad y la forma en que estas actúan sobre la conciencia colectiva. Percepción del personal de salud sobre el desempeño de la maternidad de estas mujeres. Formas de abordaje de estas mujeres en nuestro sistema de salud. Derechos humanos de las mujeres y la libre elección de la maternidad desde la teoría feminista.</p>	<p>Revisión bibliográfica. Dinámica de grupo focal.</p>
<p>Analizar si el diagnóstico del síndrome, se constituye por sí mismo en violencia de género y examinar las formas de victimización de las mujeres-madres.</p>	<p>Violencia de género</p>	<p>Mujeres-madres victimizadas por ser portadoras de SMPP bajo una concepción patriarcal.</p>	<p>Sesgo genérico.</p>	<p>Concepciones patriarcales sobre la maternidad. Formas de abordaje de estas mujeres en nuestro sistema de salud. Ruta crítica por la que transitan estas mujeres cuando son diagnosticadas con el SMPP, por su condición de género en una sociedad patriarcal.</p>	<p>Revisión de expedientes. Entrevistas a especialistas. Grupo focal. Revisión bibliográfica</p>

CAPÍTULO IV

**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS
RESULTADOS**



“¿Dónde está mi neurosis?”



4.1 Grandes mujeres, grandes aportes.

Se administró el instrumento de entrevista semiestructurada previamente diseñada a cuatro profesionales de las siguientes disciplinas: Derecho, Medicina y Psicología. Tres de ellas fueron grabadas, previo consentimiento y se realizaron en ambientes propuestos por cada una de ellas de acuerdo con sus prioridades.

Los grados académicos de estas especialistas son un postgrado, dos doctorados y una maestría. Los lugares de trabajo están en el área de la Salud, la Investigación Social, el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), la práctica privada y la Educación Superior. Las cuatro han incursionado y su trabajo se enmarca dentro del enfoque género-sensitivo.

A pesar de que no todas las informantes habían trabajado directamente con mujeres-madres portadoras de este síndrome, proporcionaron significaciones personales muy valiosas con respecto a los principales conceptos que se manejan en este trabajo, como por ejemplo: construcción de la maternidad, situación de la mujer, connotaciones sociales patriarcales, entre otras, de un alto valor para el proceso de aprendizaje de las proponentes de esta investigación.

Análisis del SMPP desde el enfoque género-sensitivo.

Un punto de vista interesante aportado por una de las entrevistadas, fue la importancia de determinar en nuestro medio una caracterización diferente del SMPP, tomando como factor significativo la pobreza. Sugirió la sospecha de

que en varios casos, el internamiento de los hijos e hijas resuelve parcialmente carencias alimentarias, de atención y abrigo.

Los factores socio-económicos son aspectos muy importantes en el análisis de esta problemática, principalmente en economías que como la costarricense, responden a niveles de vida del tercer mundo, donde las situaciones de pobreza afectan en mayor medida a los más desposeídos: las mujeres, las niñas y los niños, como mencionó la misma especialista. Refirió la siguiente frase en alusión a esta situación:

“Nadie conoce la vida del esclavo como el esclavo mismo”.

Esta variación del síndrome presenta, a diferencia de la definición clásica, una búsqueda muy evidente de beneficios personales. Sin embargo, el planteamiento de esta investigación está fundamentado en la proposición de la definición clásica, donde el síndrome no evidencia ganancias secundarias, por lo que la propuesta inicial del estudio es que la manifestación de este problema se encuentra en motivaciones intersubjetivas inconscientes de las mujeres-madres, que según las investigadoras responden a su condición de mujeres en una sociedad patriarcal.

Espinoza y otros (2000; 229) explican claramente en el siguiente cuadro esa posible fuente de error, por la semejanza entre SMPP y otros como la simulación y la histeria.

CUADRO 2

Semejanzas y diferencias entre simulación, síndrome de Munchausen e histeria

	Producción de síntomas de la enfermedad	Motivación para la producción de síntomas
Simulación	Consciente	Consciente
SMPP	Consciente	Inconsciente
Histeria	Inconsciente	Inconsciente

Dos de las profesionales entrevistadas manifestaron tener conocimientos teóricos del SMPP. Las dos que no lo tenían lo relacionaron con trabajos realizados por ellas con respecto al infanticidio, cuando se les explicó de qué se trataba. Para ellas el SMPP

“podría ser una forma encubierta o más sutil, no tan directa, del infanticidio”.

Las razones para “disfrazar” el infanticidio en la forma del SMPP pueden ser explicadas por la teoría género sensitiva, según fue el consenso de las opiniones, que concuerda con la de las investigadoras.

. Se analizó desde el enfoque biomédico*, pero la mayoría de las entrevistadas realizó un análisis de este síndrome desde la perspectiva de género. Hicieron énfasis en la maternidad impuesta y cómo las conductas de las mujeres-madres se pueden relacionar con ese mandato social y las posibles manifestaciones o “salidas” a que pueden recurrir las mujeres.

* Perspectiva desde la que se concibe a la persona enferma desde la enfermedad misma, sin tomar en cuenta su integralidad.

Estereotipos sociales con respecto a la maternidad y su influencia en el análisis del síndrome.

Según Yadira Calvo en su libro: *La mujer víctima y cómplice* (1993; 129),

“Siempre se ha dado como un hecho incuestionable que la mujer disfruta muchísimo la maternidad, y por supuesto que su función esencial, por sobre todo otro interés o vocación particular, ha de ser esta de reproducir la especie. En consecuencia, se ha elaborado toda una complicada mística de la maternidad, a través de todas las civilizaciones conocidas, que se mantiene hoy en plena vigencia”.

Si se analiza la realidad de las mujeres, es evidente de que desde que se nace se les forma para ser madres y este rol es asumido como un mandato social. Al mismo tiempo se hiperboliza la maternidad de tal manera que se le llega a concebir como la máxima realización, cuando en realidad, para muchas mujeres ser madre es sinónimo de sufrimiento, obstáculo para el desarrollo personal, carencias económicas y pérdida de un espacio propio. Además la sociedad patriarcal exige a las mujeres-madres un buen desempeño como tales, asignándole atributos como abnegación, entrega, dulzura, comprensión, aceptación, etc; rasgos que como ser humana, la mujer puede no reunir.

A este respecto, una de las entrevistadas sugiere que:

“La legislación parte de la idea de que las mujeres somos buenas o somos malas, en una visión binaria, dicotómica. Se tutela a la mujer cuando es honesta y cuando no es honesta no”.

En la teoría desarrollada acerca de la maternidad, el concepto de la mujer es conocido como de “la madre suficientemente buena”, concepto acuñado por Winnicott, referido por Everingham (1997; 23). La maternidad se concibe como algo cosustancial a ser mujer y es relacional con que la mujer tiene las

características fisiológicas necesarias para ser madre. A su vez, esto se convierte en un mandato o imposición desde lo social.

La imposición de la maternidad viola un derecho humano que es fundamental: el derecho a la autonomía y a la libertad. Naturalizar el rol materno es como decir mujer igual madre. No hay otra forma de ser mujer si no es siendo madre. Lo típico es decir que “no se es mujer completa si no se es madre”.

Esta idea está reforzada por Hidalgo y Chacón (2001; 43-44) en su libro *Cuando la feminidad se trastoca en el espejo de la maternidad*, al plantear que,

“La maternidad, desde épocas lejanas, tiene un lugar de omnipresencia en la realidad de las mujeres(...) Ella se constituye, históricamente, en la posibilidad de acceso al goce para la mujer, en la medida en que otras formas de placer le han sido negadas. Es una vía de acceso al goce y al poder, pues toda madre sabe que en ella reside la capacidad de crear vida o de dar muerte”

Este párrafo es particularmente sugestivo al tema que se está tratando. El poder y la muerte están presentes en el SMPP. Las mismas autoras se hacen las siguientes preguntas (2001; 43):

“¿Qué sucede con la estructura psíquica femenina cuando la mujer deviene madre? ¿Qué pasa cuando una mujer rechaza este destino? Más aún, ¿qué ocurre cuando una mujer no quiere ser madre, pero es o va a ser madre? ¿Cómo se gesta el amor hacia los hijos? ¿Cuáles huellas psíquicas determinan la gestación de la agresión hacia ellos?”

Para comprender las conductas de las mujeres-madres con Síndrome de Munchausen por poderes, lo intrapsíquico es una herramienta esencial pero insuficiente si no se toman en cuenta las concepciones culturales y socio-históricas que están determinadas por el sistema patriarcal. El SMPP como momento extremo de una cotidianidad dolorosa, representa una realidad

psíquica y una realidad social en la que la mujer-madre denuncia encubiertamente inequidades y privilegios de género.

Se sugirió otra posición más radical que dice que:

“si una mujer no es madre, se acerca más a ser como un hombre, se masculiniza porque no lleva el rol de la maternidad biológica a costas”.

En el proceso de socialización patriarcal, los roles masculino y femenino están rígidamente establecidos y cualquier intento de salirse de lo normado, crea crisis, conflicto y censura.

Muchas mujeres se apresuran a tener hijos para mostrar que son mujeres. El patriarcado construye bipolarmente a ambos sexos. Los pone en antítesis. La mujer es obligada y socialmente impuesta a ser madre para que tenga resuelta su identidad. También, en muchos casos la mujeres tienen hijos como concesión para el hombre, como lo expresa Victoria Sau a través de la transcripción de una poesía, en su libro “El vacío de la maternidad” (1995; 19-20):

*“(…)Toma, padre, este hijo
amasado en la fábrica del vientre,
criado con la industria de mi leche,
madurado en mis manos y mis besos (...)
Toma, es tuya
la patria potestad,
el apellido
de su nombre pequeño,
su orgullo de varón,
la resonancia
marcial y capitana de su sexo”.*Juana Castro, de *Cóncava mujer*, 1978.

Otro aspecto sugerido durante las entrevistas en relación con el síndrome y el rol materno es que,

“los casos de infanticidio son realmente pocos porque el mandato es tan fuerte que las mujeres ni siquiera se permiten pensar en deshacerse de sus

hijos, menos matarlos. Si la construcción de la maternidad es violenta, lo que provenga de ella también va a resultar violento.”

Las características que aprende a desarrollar la mujer ante una realidad que la doblega, son, por ejemplo: la pasivo-agresividad, la represión de instintos e impulsos o la autoagresión. Una de las entrevistadas señala que las mujeres se caracterizan porque:

“somos diplomáticas, muy amables, muy reprimidas, antes que golpear, antes que reclamar, antes que protestar, antes que decidir no ser madres.”

Esto sucede porque a las mujeres se les socializa para cumplir el mandato social sin cuestionarlo, abrigando temor a la crítica y cediendo ante la presión social. Como dice Christine Everingham (1997; 17):

“Puesto que la crianza tiene fuertes vínculos para atar los sentimientos y los cuerpos de las mujeres con sus hijos e hijas, queda excluída de la esfera de las mediaciones humanas, de la libre voluntad, y situada en el campo opuesto, el de la pura naturaleza”

Esta misma autora agrega que solamente en los estudios feministas sobre la maternidad, la consideración de la subjetividad de la madre es una cuestión importante.

SMPP, violencia de género y victimización de las mujeres-madres.

A partir de la bibliografía consultada se puede afirmar que las mujeres-madres diagnosticadas con este síndrome tienen antecedentes de violencia de género en sus vidas. El enfoque que se le da al síndrome es biomédico y se menciona como antecedente de estas madres el abuso sexual o maltrato físico durante su niñez, según Asher Meadow (2003).

Cuando se construyen las identidades sexuales dentro del sistema patriarcal, se hace a través de un proceso violento, aunque no se perciba de

esa manera. Se naturaliza la violencia al ver la maternidad como algo normal y natural. Al respecto una de las entrevistadas planteó:

“Las mujeres en la construcción de nuestra identidad no estamos autorizadas a ejercer la violencia para defendernos ante los ataques en relación con los derechos humanos, específicamente de los sexuales y reproductivos.”

Se considera que como producto de la violencia, las mujeres entran en un proceso de escisión y negación de sus propios sentimientos que les imposibilita de reaccionar. Así, cuando deviene una maternidad, para muchas mujeres significa una carga difícil de sobrellevar. Una de las entrevistadas manifiesta:

“Entonces una mujer que está en el proceso de construcción y de vida y cursa una maternidad que no es deseada, acumula mucha ira, mucho enojo y no tiene el permiso social ni personal para darle salida. Comienza a generar un proceso de destrucción y autodestrucción desde el momento que su propio proyecto de vida no tiene espacio para sus posibilidades de vivir y construir su propia vida”.

Esta situación, según las profesionales entrevistadas, puede considerarse violencia de género. Si existen mujeres que al no poder evadir esta carga fabrican inconscientemente mecanismos de protección, estos podrían estar representados en el SMPP. Es decir, la violencia de género que puede significar una maternidad impuesta socialmente es un factor de riesgo importante para que se pueda presentar el síndrome. Durante las entrevistas se plantea por parte de las profesionales que han analizado el infanticidio lo siguiente:

“En el infanticidio las mujeres hacen este proceso para afuera, con aquellos/as con los que mantiene relaciones de poder desigual: las/los hijos a quienes hay que atender y cuidar y es algo que no se quiere hacer”.

Estas entrevistadas hacen alusión al infanticidio, pero las investigadoras consideran que esta misma lectura puede aplicarse al síndrome en estudio, en el que el poder de la madre sobre el hijo o hija le permite someter su cuerpo en un acto encubierto de insatisfacción personal.

No siempre la mujer está dispuesta a hacer de todo. Esa entrega, ese sacrificio que significa la maternidad, es en algunos casos, dice una de las entrevistadas, *“casi como una herida en su espíritu”*, ya que no permite a las mujeres realizarse personal ni individualmente.

Dentro de la naturalización de la maternidad, existe el estereotipo de que todas queremos ser madres y todas tenemos capacidades infinitas de dar amor, de ser amorosas y muy buenas, negando otra parte de nuestra humanidad como la ira, el enojo, las dificultades, las frustraciones, los sentimientos negativos, la tristeza y el dolor. Una entrevistada opina al respecto en forma que nos aclara:

“Se naturaliza la maternidad, no el SMPP, porque si se naturalizara el síndrome sería como decir que todas las mujeres estaríamos expuestas a presentarlo.”

Como se expuso en el marco teórico, la presentación de este síndrome es poco frecuente. La proporción que las investigadoras calculan, es aproximadamente de un caso por cada 100.000 habitantes (en Cartago, por ejemplo, en los últimos dos años se han documentado tres casos y esta provincia tiene una población de alrededor de 400.000 habitantes). Por eso es que es importante entender que la naturalización es de la maternidad y no del síndrome. Sin embargo, aunque la incidencia es baja, el tratamiento debe brindarse justa y equitativamente. Lo importante de este aporte es llamar la

atención hacia la desvictimización de estas mujeres-madres con miras a que la ruta crítica que transitan al ser diagnosticadas, se convierta en un camino humanizado y sin discriminación ni violencia, hacia su recuperación.

Otro mito de la maternidad es que siempre se va a amar al producto, que siempre la mujer va a establecer relaciones pacíficas y amorosas con sus hijos e hijas cuando en realidad lo que en algunos casos ellos y ellas representan son obstáculos para su realización como persona. Como lo expresa Calvo (1993; 133):

“(...) Todas las llamadas “virtudes de la mujer” son precisamente las características social y psíquicamente más negativas para la obtención de independencia y personalidad; son virtudes de esclavo: la humillación, la obediencia, el silencio, la timidez, la abnegación, el recato, la modestia, (...)”.

Hay mujeres que optan por autodestruirse generando enfermedades psicosomáticas y otras encauzan su ira y su dolor hacia otras personas con las que pueden hacerlo. Habría que ver las raíces, cuáles de estas mujeres deseaban la maternidad, qué espacios sociales existieron para que ellas pudieran reconstruir sus vínculos con su madre o con su familia que fueron altamente violentos para ella, cuáles son las capacidades y las posibilidades de estas mujeres para explicar sus actitudes al romper el mito de que “todas las mujeres aman y quieren a sus hijos por sobre todas las cosas”. Marta Videla (1997; 64) nos señala al respecto:

“No nos planteamos, sin embargo, el problema del hambre y el abandono, de la absoluta carencia, que muchas veces provocan situaciones que pueden explicarse psiquiátricamente, pero que solo podemos comprender si investigamos simultáneamente las condiciones socioeconómicas dentro de las cuales se desarrolla”

Hay sentimientos muy encontrados con respecto a la maternidad y no todo es “el paraíso, la belleza y la felicidad”. Es un mito que el patriarcado ha

construido para las mujeres y frente al cual éstas han tenido que desdoblarse, manteniendo una cara “de realización y de dicha”, cuando en realidad se encuentran enfrentadas a muchas contradicciones. No hay una legitimación para que la mujer exprese lo que realmente siente en su función de madre, hay una represión y una negación de estos sentimientos con efectos tan dramáticos como lo puede ser la manifestación del SMPP.

Este tipo de violencia de género con respecto a la maternidad tiene sus raíces en una violencia estructural, violencia de género contra mujeres, al relacionarla con un rol que la sociedad patriarcal le impone y al mismo tiempo le provoca graves consecuencias.

Según la especialista en Derecho y Género entrevistada, en el Código Penal de nuestro país el infanticidio

“es considerado una modalidad de homicidio atenuado, con una pena más baja que el homicidio simple y mucho más baja que el homicidio calificado. Una mujer que mata a su hijo en sus primeros tres días de vida, se enfrenta a una condena por lo que se ha dado en llamar infanticidio. Si el niño o la niña es mayor de esta edad la acusación cabría por homicidio atenuado, que podría ser el caso del SMPP, donde se ha visto que las víctimas mueren en edades tempranas de la primera y la segunda infancia, pero no a edades que califican dentro del infanticidio”

Se debe aclarar que, según lo investigado, en Costa Rica no se ha juzgado a ninguna mujer por homicidio atenuado relacionado con el SMPP. Se considera atenuado ya que se cree que la mujer actúa bajo una condición mental alterada.

“Sólo así la sociedad patriarcal puede explicar que una mujer pueda dañar o matar a un hijo o una hija”,

según la acotación de la misma entrevistada.

Se puede considerar que el SMPP es similar al Síndrome del Niño Agredido, al tratarse de actos consecutivos de maltrato contra el niño o la niña. La diferencia entre ellos radica en la evidencia: el SMPP se encubre tras enfermedades fácticas construídas por la madre, en tanto el segundo es más directo.

Un aspecto importante es que históricamente se ha impuesto a la mujer la responsabilidad de los hijos e hijas. Cuando se dan casos de maltrato hacia ellos y ellas por parte de la madre, se abstrae al padre de esta realidad y se le exonera de toda culpa, no se le cuestiona su participación.

Desde el punto de vista médico de las entrevistadas fue muy evidente el reto que estas mujeres representan para ellas, ya que les genera sentimientos de “*estar siendo burladas y/o engañadas*”. Estas actitudes no son toleradas una vez que es confirmado el diagnóstico y crean en los niveles médicos conductas despectivas, agresivas, defensivas, violentas y en general muy negativas en general hacia estas mujeres. En el resto del personal de salud se dan manifestaciones de rechazo y menosprecio hacia ellas, al visualizarlas como “*malas madres*”, según ellas mismas expresaron. Las mujeres portadoras del síndrome son descritas por las profesionales entrevistadas como personas “*muy capaces intelectualmente*”. Sin embargo, las condiciones sociales en las que se desenvuelven, en la mayoría de los casos, son adversas, pues son sobrevivientes de violencia y presentan antecedentes de abandono materno y han sido víctimas de abuso sexual y físico. Por lo tanto las entrevistadas concluyeron que:

“éstar guardan un gran resentimiento al no poder canalizar positivamente esa capacidad, revelándose contra el poder institucional”.

4.2 Las madres Munchausen desde el grupo focal.

Los resultados que se presentan a continuación fueron recopilados a través del trabajo de grupo focal que permitió acceder a información directa de un conjunto de mujeres que trabajan con madres portadoras del SMPP, agrupadas en el Comité de Atención y Prevención de la Violencia Infanto Juvenil del Hospital Benemérito Max Peralta de Cartago.

Los resultados se presentan de acuerdo a las categorías temáticas que se describen a continuación:

Opinión sobre el papel de la mujer en nuestra sociedad.

Se manifestaron diversas opiniones acerca del papel de la mujer, todas coincidentes con que la mujer desempeña múltiples roles en lo público y lo privado. Una de las participantes mencionó que:

“la mujer tiene que desarrollarse ella misma como profesional, en su hogar, con sus hijos y tratar de combinarlo todo lo mejor que se pueda, creo que está capacitada para hacerlo”.

No cuestionó la sobrecarga de funciones a la que se estaba refiriendo. Una sociedad patriarcal impone a la mujer una vocación que no es inherente al sexo, como lo plantea Yadira Calvo (1993; 121-122):

“(...) por lo general no se realiza sino por un deber impuesto socialmente, al que muy pocas mujeres encuentran escapatoria, aún cuando hayan recibido educación superior”.

Se hizo énfasis en la gran capacidad de la mujer para desempeñarse en diversos campos, en el gran potencial que desarrolla como profesional, madre,

esposa, compañera, hija, entre otras. Llama la atención que se le atribuyen estas funciones a la mujer sin mencionar el costo físico, social y emocional que estas requieren. La lectura que se hace de estas opiniones es el marcado arraigo que la mujer evidencia al asumir naturalmente un sobrecargo de funciones cuando ha irrumpido en lo público, pero con la obligación de sobrellevar también lo doméstico.

Este tema produjo diversas reacciones que invisibilizan las desigualdades de la mujer en nuestra sociedad y se percibió un culpabilizar a la mujer de alterar el orden patriarcal establecido, con aseveraciones como:

“si la mujer no cumple con su papel la familia cae, cae una parte importante de una organización. Yo pienso que es cuestión de asumir lo que se nos quiere dar o no asumirlo, hemos visto muchos hombres que asumen roles femeninos y los asumen bien. Sin embargo son la minoría, lamentablemente”.

(...)“No entiendo cómo si las mujeres somos de lo mejor y el 50% de las familias costarricenses están jefeadas por una mujer, por qué estamos tan mal”.

Marcela Lagarde (1992; 28) dice, refiriéndose a la vida pública y privada de la que formamos parte:

“Las mujeres que tienen por un lado vida doméstica y por el otro vida pública, no logran estructurar una identidad integrada. He llamado a este fenómeno la “doble vida”. Cada mujer vive cada día valores dobles, lenguajes distintos, exigencias diferentes y derechos antagónicos. Ciertos autores han llamado a esto la esquizofrenia vital de las mujeres, no en el sentido de patología sino en el sentido de lo separado, de una identidad que no acaba de conformarse en una sola. Las mujeres contemporáneas formadas con identidades asignadas patriarcales y existencias vividas muy complejas, elaboramos una desintegración personal”

Se asume que es un conflicto interior en donde ser madre, por ejemplo, está en contraposición con ser una trabajadora de una institución, donde la mujer, en esa confrontación, se siente dividida o escindida.

Una de las participantes sostiene que *“en las relaciones entre mujeres se da mucha agresión”*, refiriéndose a los servicios de salud y en especial al irrespeto a los derechos reproductivos, concretamente cuando se presentan abortos y se trata de culpabilizar a la mujer. La enemistad y la opresión entre mujeres también es un aspecto que está señalado por Lagarde (2000; 83), quien escribe lo siguiente:

“Las mujeres se enfrentan entre sí inferiorizadas y, en efecto, se dominan unas a otras de distintas maneras, pero todas en rangos específicos están sometidas a la opresión patriarcal, todas viven en cautiverio de género”.

El grupo focal, conformado en su totalidad por mujeres, no mostró conciencia de la sobrecarga de responsabilidades que como tales y profesionales tienen, manifestándose más bien orgullosas de poder salir adelante con todas sus obligaciones.

Maternidad.

El resultado de la actividad aplicada para obtener información sobre este tema, evidenció diversas opiniones sobre la maternidad y sus mitos. Resulta interesante la opinión de dos de las participantes que confirman el mito de que *“una madre debe amar a sus hijos e hijas toda la vida e incondicionalmente”*. Esta concepción es propia de una socialización patriarcal, donde el rol femenino es ser madre y en la que eludir este deber ser es condenado de todas las maneras posibles. Caamaño y Rangel (2002; 87) afirman que:

“El orden genérico desde la ideología patriarcal define a las mujeres en tanto su condición de madres. El proceso de socialización se ejerce en concordancia con comportamientos sociales esperados, culturalmente delineados, privilegiándose la maternidad para las mujeres”.

Percepciones del SMPP.

El SMPP es concebido por las integrantes como un síndrome muy complejo y difícil de diagnosticar. Además, señalaron la carencia de tecnología y recursos para su diagnóstico. Esto en referencia a que, según expresaron, en otros países se dispone de cámaras ocultas que facilitan el diagnóstico y seguimiento. Durante la sesión se planteó lo siguiente:

“Algo que hemos logrado es que ya pensamos en el diagnóstico, ya no hay que esperar hasta que el niño tenga muchos ingresos para empezar a tratarlo como Munchausen”.

Relacionan el SMPP con la sociopatía, lo cual es contrario a lo que reporta la bibliografía. Las mujeres-madres portadoras de este síndrome no son sociopáticas ni buscan ganancias secundarias con su comportamiento, no obstante en la sesión de grupo focal las opiniones de las diferentes integrantes fueron:

Estas mujeres son “peligrosas”, “no tienen cura”, “hay que tenerles miedo”, “son agresoras con el personal”, “atrevidas”, “arriesgadas” y “manipuladoras”.

Se considera que esta falsa percepción acarrea consecuencias muy negativas para estas mujeres-madres, por ejemplo, indiferencia, indisposición, malos tratos y discriminación por parte del personal de salud. Estas posiciones radican en que es el mismo personal el que aborda inicialmente al niño o niña víctima de violencia y consecuentemente a la madre. Estas reacciones son de protección para uno y juicio para la otra, generando un fuerte rechazo hacia estas últimas. Es indiscutible que el interés superior es la protección de la niña o niño; sin embargo, este trabajo intenta señalar la necesidad de un programa de atención específico para estas mujeres-madres víctimas a su vez de sus

propias realidades y quienes, como seres humanos, también merecen un tratamiento adecuado, aplicado por otro personal de salud que no sea el que atiende al niño o niña.

Reacciones que las mujeres-madres diagnosticadas con SMPP generan en el personal tratante.

Este punto se desarrolló a través de una pregunta abierta para ser respondida en forma escrita, con el fin de obtener información personal que pudiera ser comprometedoras si se respondía de forma oral. Las reacciones que expresaron fueron *“miedo”, “impotencia”, “inseguridad”, “desconfianza”, “vigilancia”, “rechazo”, “enojo”, “confusión”, “lástima”, “cólera”, “manipulación”, “frustración”* y *“resistencia”*. Agregaron frases como:

“enojo al ver la sociopatía que manejan”
“temor al ser intimidada”
“me paran el pelo”
“cólera de que me quiera manipular”
“son de alto riesgo para el personal que las atiende”
“necesidad de capacitación en tratamiento de las madres”
“no las entiendo”

Estas manifestaciones evidencian la ausencia de sensibilización de género, aspecto en el que se debe insistir cuando se trabaja con mujeres. Las actitudes negativas entre mujeres sólo ayudan a perpetuar situaciones de opresión en las que estas madres se encuentran inmersas, a la vez que favorecen la discriminación en cuanto a oportunidades de abordaje adecuado.

Entre las recomendaciones de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), se contemplan planteamientos que se considera oportuno referir, ya que se relacionan con los derechos de las mujeres.

Estos aspectos deben tenerse en cuenta cuando se traten mujeres-madres con SMPP al ser atendidas en el sistema de salud. Los siguientes párrafos del documento reflejan lo anterior:

“Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios”..

“La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género;”(…)

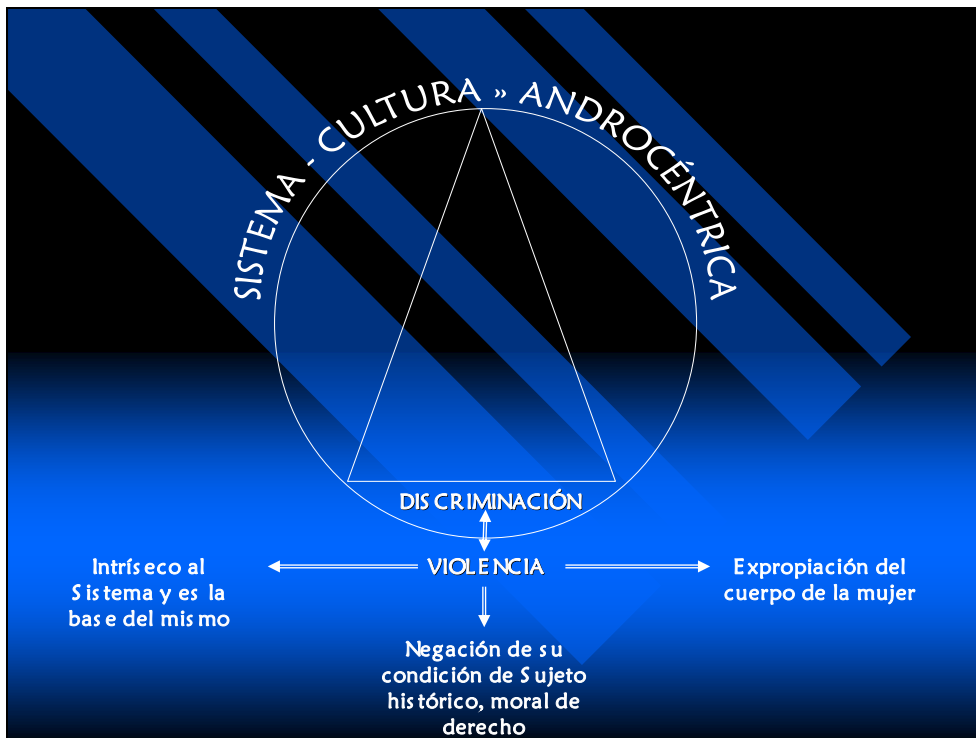
“Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa;”(…)

“La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género;(…)

Desde la teoría de género, la explicación de la discriminación de las mujeres obedece a la socialización de una cultura androcéntrica, donde los roles y estereotipos asignados a lo femenino, atentan contra su derecho a autonomía y elección propia, así como también se considera violencia estructural, que a partir de ahí, se deriven tratos y juicios erróneos traducidos en discriminación, juzgamiento social o imposiciones de género.

El siguiente diagrama, elaborado por Arroyo*, nos ayuda a visualizar este fenómeno.

CUADRO 3. VIOLENCIA ESTRUCTURAL



FUENTE: PP, Arroyo, 2003.

Abordaje del SMPP.

La bibliografía no reporta un abordaje específico para mujeres-madres diagnosticadas con este síndrome. Se limitan a la derivación de estos casos hacia la atención psiquiátrica, a lo que se suma la connotación social que tiene

* Filmina de Power Point utilizada por la Dra. Roxana Arroyo en el curso "Teoría y práctica de los Derechos Humanos", de la Maestría en Estudio de la Violencia Social y Familiar.

la enfermedad mental, aún y cuando en un artículo sobre el SMPP publicado en la Revista Cubana de Medicina (2000; 39), se dice que:

“(...)Llama la atención que cuando estas personas son examinadas por los psiquiatras, generalmente éstos no encuentran que sus síntomas tengan relación con trastornos mentales y, de manera habitual, insisten sobre el resto del colectivo médico en descartar "organicidad", lo que complica más la situación.(...)”.

En el grupo focal se enfatizó que para poder brindar un abordaje adecuado se debe hacer un diagnóstico diferencial, porque consideran que existen diferentes categorías del síndrome con características como: obtener ganancias secundarias, simulación y/o negligencia. Las opiniones reflejaron poca claridad teórica pero sobre todo una ausencia de enfoque género-sensitivo, lo que obstaculiza un abordaje adecuado de estas mujeres. Esto se traduce en conclusiones tan contundentes como las siguientes, las cuales fueron respuestas a la pregunta que se les hizo durante la dinámica sobre cuál consideraban que era el tratamiento más adecuado y si existía:

“El tratamiento más adecuado es la salpingectomía”

“quitarle los hijos”

“psicoterapia aunque ya sabemos que no van”

“no aceptan que tienen una alteración”.

Por otro lado, las participantes revelaron actitudes como las que se describen en el artículo de Armus y Morici, (2002) donde se señala que,

”La madre utiliza la técnica y cuerpo teórico médico para ejercer daño sobre el cuerpo de su hijo, accionar que subvierte el orden natural tanto de la función materna como médica”.

El hecho de que la conducta de estas mujeres-madres transgreda lo esperado por el patriarcado, tanto de la función materna como de la relación médica/o-paciente, hizo expresar a las participantes sentimientos de mucho

enojo al sentirse utilizadas, manipuladas, burladas y hasta agredidas por estas mujeres.

4.3 Mujeres-madres: todas diferentes, todas iguales. Revisión de expedientes.

Se realizó una revisión documental tanto de los expedientes clínicos como de los de Trabajo Social de cada uno de los niños y niñas y de las mujeres-madres para un total de diez documentos.

Abordaje de las mujeres-madres portadoras del SMPP en el ámbito institucional.

La característica principal de los expedientes de los y las menores es el aumento de información desplegada a partir de la sospecha de que la madre es portadora del SMPP. De aquí en adelante, el abordaje de los casos se torna interdisciplinario y centrado en la protección al o la menor y el abordaje de la madre solamente radica en el cuestionamiento de su comportamiento por parte del equipo de salud. A pesar de ser ella la portadora del síndrome, no hay evidencia de que se le brinde un abordaje específico por ello.

Tradicionalmente, la historia clínica que refieren las madres acerca de sus hijas/os, ha sido para el/la médica su principal e incuestionable fuente de información. Cuando esta credibilidad se rompe, porque se empieza a sospechar abuso o maltrato infantil, la madre pierde el respeto de los demás y se convierte en un elemento distorsionador del continuo salud-enfermedad. Armus y Morici (2000) describen el fenómeno de ruptura de la relación pediatra-madre en estos casos, de la siguiente manera:

“Esto explica el fenómeno inconsciente que se pone en juego cuando el pediatra se encuentra con una madre que subvierte el sentido de su función, y de esta forma abusa y transgrede no sólo el cuerpo del niño, sino el orden médico.”

El entorno de estas madres se ve modificado al infravalorar su función tradicional y principalmente al transgredir el sistema patriarcal.

Se considera que el hecho de no encontrar información más explícita con respecto al abordaje de las madres, se debe principalmente a dos razones:

- el temor del personal de salud a estar haciendo un diagnóstico incorrecto del síndrome o no estarlo haciendo a tiempo, con las consecuencias que ello conlleve.
- en ningún momento la prioridad es el abordaje de las madres.

La información recolectada en cada caso se presenta en el Anexo 5.

A continuación se presenta un cuadro resumen que contiene las principales características de las mujeres-madres, de acuerdo a la información extraída de los expedientes.

CUADRO 4-Cuadro comparativo de los tres casos según información en expedientes clínicos.

	CASO 1	CASO 2	CASO 3
EDAD	31	32	37
EDAD AL DIAGNÓSTICO	29	31	37
ESTADO CIVIL	Divorciada	Viuda, actualmente en unión libre.	Casada
PROCEDENCIA	Semi-urbana	Rural	Urbana
NÚMERO DE HIJOS	4	2	3
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL	Trastorno depresivo. Personalidad dependiente. Rasgos de personalidad pasivo-agresiva.	Episodios depresivos con intento de autoeliminación. Descompensaciones psiquiátricas.	Episodios depresivos. Ansiedad y estrés laboral. Ideación suicida.
ANTECEDENTES DE ABUSO FÍSICO O SEXUAL	No se documentan.	Abuso infantil sin tratamiento oportuno	Violación infantil. Agresión verbal y psicológica por parte del esposo.
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA	Media-baja.	Precaria.	Media-alta.
ESCOLARIDAD	Bachiller de secundaria.	Primaria completa.	Universitaria completa.

Fuente: Propia, construida a partir de Expedientes Clínicos y de Trabajo Social, Hospital Max Peralta. Agosto, 2003.

La información que se desprende del cuadro evidencia a tres mujeres con muy diferentes características socioeconómicas y educativas. Lo que las asemeja son los mismos aspectos que documenta la bibliografía acerca del SMPP, como por ejemplo, las historias de abuso y los antecedentes de trastornos de personalidad, en estos casos específicamente los trastornos depresivos. Estos están relacionados directamente con el abuso infantil y en los tres casos, con el SMPP.

Los informes revisados en los expedientes de Trabajo Social, son escuetos con respecto a los antecedentes propios de la madre (su historia de vida). La información más abundante se relaciona con el estado biomédico de los niños y niñas y las justificaciones del diagnóstico del síndrome de fabricación de enfermedades de la madre, como se mencionó anteriormente.

Otro aspecto a destacar es que cada una de estas mujeres cuenta con un historial clínico extenso, en uno de los casos, desde la niñez. Pero, aunque los expedientes contienen mucha información, esta es especialmente de gineco-obstetricia, así como de otras especialidades médicas.

Al no existir un abordaje específico para las madres, la intervención psiquiátrica y psicológica no se dirige a crear un espacio terapéutico desde la mujer misma, que le permita expresar su propia historia.

Dos de los mujeres comparten antecedentes y situaciones de violencia sexual y familiar, tanto en su niñez como en su relación de pareja. Sin embargo, en el expediente no se documenta específicamente el abordaje que se le dió esta problemática.

Finkelhor y Browne (1985; 1) refiriéndose al trauma del abuso sexual infantil como algo único, diferente de otros traumas, afirman que

“(...) alteran la orientación cognitiva y emocional hacia el mundo y crean un trauma al distorsionar el autoconcepto del niño, la visión del mundo y las capacidades afectivas”.

Un hallazgo de este estudio que confirma lo reportado por la bibliografía, es precisamente el antecedente de abuso sexual. Según este mismo autor, quien ubica el trauma por abuso sexual en cuatro dinámicas, a saber: la sexualización traumática, la estigmatización, la impotencia y la traición, le confiere a cada una de ellas una serie de consecuencias como la distorsión del sentido del propio valor y la distorsión en la habilidad de las víctimas para controlar sus vidas.

Como se puede ver, el impacto del abuso sexual durante la niñez tiene serias consecuencias para la vida adulta, especialmente sus derivaciones del área traumagénica de la impotencia ya que crea en las personas un sentimiento de vulnerabilidad durante el resto de la vida, lo que las expone a otras formas de violencia, especialmente a la violencia doméstica, como se pudo constatar en dos de los casos.

Se considera importante destacar la relación que existe entre abuso sexual infantil y el SMPP en la adultez de mujeres que presentan este problema, ya que para el abordaje de estas mujeres, debieran promoverse tratamientos adecuados en vez de culpabilizarlas e invisibilizarlas.

A continuación se incluyen el impacto psicológico y las manifestaciones conductuales de la dinámica de la impotencia según Finkelhor y Browne (1985; 3).

“Impacto psicológico:

- *Ansiedad, miedo*
- *Una sensación pobre de eficacia*
- *La percepción del yo como víctima*
- *La necesidad de control*
- *La identificación con el agresor*

Manifestaciones conductuales:

- *Pesadillas*
- *Fobias*
- *Enfermedades somáticas, desórdenes en los hábitos de comer y dormir*
- *Depresión*
- *Disociación*
- *Fugas*
- *Problemas escolares, ausentismo*
- *Problemas laborales*
- *Vulnerabilidad a futuras victimizaciones. Conducta agresiva*
- *Delincuencia*
- *Llegar a ser un abusador”*

También se puede destacar el hecho de que las tres mujeres que se incluyen por presentar el SMPP tienen diferente preparación académica, presentan diferentes condiciones socioeconómicas y provienen de áreas geográficas distintas. Sin embargo, muestran realidades personales semejantes. A propósito de estas “casualidades”, Marcela Lagarde (1992), señala:

“(...) podemos plantear que las mujeres tenemos en común el hecho de ser mujeres, pero que tenemos un conjunto de diferencias muy importantes entre nosotras. (...) y estas llegan a ser tan grandes, que a veces nos creemos absolutamente diferentes y somos incapaces de reconocer que compartimos una misma condición de género.”.

La situación de las mujeres a través de la historia ha estado marcada de inequidad. A pesar de que las condiciones de vida de algunas mujeres son favorables y las de otras no, todas comparten una situación de discriminación y subordinación, que las hace vulnerables para ser victimizadas en los ámbitos donde se desempeñen.

La información revisada sobre estas mujeres-madres da cuenta de esta realidad, ya que a pesar de que alguna muestra mejores condiciones de vida, esto no la eximió de vivir situaciones de violencia intrafamiliar: infantil, sexual y doméstica.

En los tres expedientes revisados se documentan sesiones de atención psiquiátrica; en dos de los casos desde antes del diagnóstico del SMPP y básicamente por trastornos depresivos, uno de ellos con intento de autoeliminación. En el otro caso, el tratamiento psiquiátrico le fue referido a partir del diagnóstico. La bibliografía consultada no hace referencia de un programa de atención específico y no se reportan resultados. Posiblemente, la terapia se dirige solamente a sintomatología individual.

4.4 Mujeres-madres Munchausen y la ruta de su evasión.

El instrumento de entrevista a profundidad que se elaboró no fue posible aplicarlo, debido a razones diferentes en cada caso, las cuales se describen a continuación:

Caso 1

Se contactó vía telefónica. Durante este primer contacto la señora Y se mostró muy defensiva pero colaboradora y se percibió que estaba anuente a la entrevista. Sin embargo argumentó que para dar cualquier información primero debía consultar con su abogado, ya que afirmó tener una causa legal contra la Caja Costarricense de Seguro Social.

Cuando se contactó por segunda vez, la actitud defensiva se hizo más evidente y manifestó que no concedería la entrevista por consejo legal. Ante la

actitud mostrada se consideró prudente no insistir, respetando sus derechos. En todo momento se le dejaron claros los objetivos que se perseguían en este estudio, a pesar de lo cual no se logró su anuencia.

Esta situación creó la necesidad de buscar información en personas que habían abordado este caso y se trató de visualizarla a través de estas informantes. Es así como se obtiene la siguiente información:

La Trabajadora Social que tuvo el caso al momento del diagnóstico considera que el abordaje del asunto, desde su perspectiva, fue inadecuado. Considera que “no se desarrollaron estrategias para sacarle provecho a la situación a favor de la madre y de la niña”. Refiere que a esta mujer “siempre se le culpó, no se le informó desde el inicio sobre su diagnóstico, no se confrontó, se le limitó y cercó”. Por esta razón no se logró empatía con ella y a partir de que se retuvo a la niña ingresada mientras se investigaba, se tornó agresiva.

La Trabajadora Social considera que esta situación se dio por falta de experiencia en estos casos y refiere que “no se trabajó con discrecionalidad”. Para ella “el rumor dañó la relación madre-equipo de salud”. Asevera que “se violentaron los derechos de ella como mujer, no se creó alianza para poder investigar más. También se violentaron los derechos de la niña reteniéndola, al revictimizarla, aunque sea por protección”. Razona que uno de los errores fue culpabilizarla desde todo punto de vista y creer que todo lo que hacía era premeditado. El padre de la niña nunca se enteró de la situación o por lo menos no se hizo presente.

Describe a Y como una mujer prepotente, hostil, agresiva, siempre a la defensiva. Afirma que constantemente se mostró amedrentadora con el personal, muy firme con sus argumentos, nunca mostró sus sentimientos. La caracteriza como una mujer bonita, guapa y provocativa. Para esta funcionaria ella era “una madre muy diferente del concepto que uno tiene”, refiriéndose a que no se mostraba como una madre en su rol tradicional. “Ella entregaba su rol a las vecinas, dejaba a la niñas mucho tiempo con ellas”.

Para ella Y “obtenía ganancias secundarias” con su actitud, “se aprovechaba de la situación”, “algo buscaba”.

Esta profesional afirmó sentirse afectada personalmente en la atención de este caso, ya que Y le generó mucho temor. Para ella se tornó “peligrosa”, al extremo de que “temía mucho encontrársela en la calle”.

Coincidentemente, otras miembros del equipo de salud que conocieron a Y refirieron opiniones similares sobre ella.

Caso 2.

En este caso se logró concertar una cita con AC para realizar la entrevista. El contacto fue vía telefónica y la señora se mostró muy anuente desde un inicio, a pesar de que se evidenció que no tenía claro estar siendo estudiada por SMPP. Sin embargo, cuando se acudió al lugar de reunión propuesto por ella (su lugar de trabajo), una de sus compañeras comunicó que ésta se encontraba incapacitada a partir de ese día debido a una “crisis nerviosa”. Éticamente se decidió no insistir ante la vulnerabilidad emocional de AC.

Al igual que en el caso anterior se localizó a la Trabajadora Social que tuvo a cargo realizar el informe social. En éste describe la reunión que sostuvo con AC y su esposo. Caracteriza a AC como “una mujer muy ansiosa, verborreica, con pensamiento saltón, muy centrada en hablar sobre la salud de sus hijos y la de los niños y niñas del Kinder del cual es Directora”. Aprovechó la oportunidad para solicitarle a la Trabajadora Social una charla para las madres de ese centro educativo. Según el informe, se percibió constante necesidad de aprobación de su discurso por parte de su esposo y la misma entrevistadora. Refirió no tener problemas de violencia intrafamiliar en presencia de su esposo, a pesar que su historia clínica y psiquiátrica sí la reporta.

Con respecto al esposo de AC la profesional señala que cumplió en ese momento una función periférica, de poca intervención durante la reunión y manifestando constantemente premura por regresar al trabajo.

En otros informes médicos dentro del mismo expediente se conoció sobre la constante atención psiquiátrica que esta señora ha tenido por problemas depresivos y de que en alguna ocasión se autodenominó como una “neuróloga pediatra empírica”, llevando a las citas del niño historias clínicas completas elaboradas por ella misma.

Según estos informes para ella “el estar siempre al cuidado de la salud de los hijos es parte de sus obligaciones como madre” y se documenta que esto mismo ella lo transmite a las madres de los niños y las niñas del Kinder.

Caso 3.

Se contactó a AI a través de la psicóloga de la escuela de Educación Especial a donde asisten su hija y su hijo. De antemano se había optado por no aplicar el instrumento elaborado debido a que la psicóloga informó que AI presentaba un retardo mental moderado, por lo que se decidió conversar con ella, a pesar de que para las investigadoras la presencia de este trastorno descartaba a AI como portadora del SMPP, ya que la caracterización del síndrome no incluye el retardo mental.

En el breve espacio que se compartió con ella, se mostró desconfiada y un poco temerosa. Sin embargo, contó su experiencia durante el tiempo en que fue investigada como portadora del síndrome y los sentimientos que se despertaron a raíz del incidente. Refirió que

“me sentí muy mal cuando mi hija fue ubicada en un albergue en Desamparados, pero yo no les guardo rencor porque se portaron muy bien conmigo”.

También agregó que es atendida todavía en la consulta de Psiquiatría por sus problemas de depresión. Se percibió que siempre tuvo claridad para entender por lo que se estaba investigando, lo cual refiere continuamente se le explicó.

A pesar de que en los informes de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños se documenta que la hija de AI tenía niveles tóxicos de Fenobarbital en sangre, ella manifestó:

“No sé cómo podían pensar que yo le estaba dando más medicina a la chiquita, si todo lo tenía apuntado”.

Con respecto a su historia de vida refirió ser viuda desde hace cuatro años, su esposo murió víctima de cáncer hepático. Era alcohólico y drogadicto

y cuando se encontraba bajo los efectos de estas sustancias la agredía sexualmente. A pesar de esto, la muerte de él la afectó profundamente y le causó episodios de depresión y una crisis muy fuerte la hizo intentar contra su vida, por lo que estuvo ingresada en el hospital Chacón Paut, de donde egresó compensada hasta el día de hoy.

Manifestó tener actualmente una relación de pareja estable con un hombre

“muy responsable y que no me maltrata, aún sabiendo todo lo que yo he pasado”.

Reveló haber sido víctima de incesto a los doce años por parte de su padre, de quien dijo ser un agresor con su familia, especialmente con su madre. Según Al ella se defendió de la penetración pateando a su papá y huyendo de la casa. Afirmó que su mamá no tomó ninguna acción por temor al agresor, lo que a ella le queda como que

“nunca me creyó”.

Por este motivo ella abandona la casa de sus padres y se va a vivir con unos tíos a partir de los doce años y contrae matrimonio a los diecinueve. Tuvo una hija y un hijo que son portadores de retardo mental y de un síndrome no especificado.

Afirma ser muy dedicada a sus hijos, para ella la “escuela es lo primero”. La psicóloga y la maestra de su hijo la describen como una “bella persona” y una excelente ama de casa, “tiene su casa como un ajito”, a pesar de vivir en un lugar de muy difícil acceso.

Mujeres-madres: todas diferentes, todas iguales.

Las reflexiones que aparecen luego de conocer las historias de vida de estas mujeres a través de documentos, otras personas y de ellas mismas son muchas.

La primera idea que surge es la que se quiere resaltar con el subtítulo de este apartado: la historia nos ha construido mujeres-madres, pero más que mujeres, madres. No importan las diferencias de tipo socioeconómicas o la igualdad biológica que se ostente, se socializa a las mujeres para ser buenas madres y este mandato tan difícil de evadir ha provocado la escisión del ser mujer en muchos roles que diluyen a esta ser humana y determinan el imaginario social hacia la maternidad.

Hidalgo y Chacón (2001; 19) plantean reflexiones similares a las que se describen, en cuanto a nuestras mujeres y su ubicación dentro de una sociedad occidental, capitalista y patriarcal, donde se dan marcadas condiciones de exclusión y violencia estructural hacia ellas.

Uno de los principales aspectos que violentan a estas mujeres es la imposición de un rol materno que debe cumplirse bajo normas y cuyo desacato conlleva al juzgamiento social. En la obra citada (16), las autoras lo describen de la siguiente forma:

“Habló siempre una mujer silenciada, con retazos de historia que sí sucedieron, con grandes omisiones y con una necesidad de representar el personaje ideal que la sociedad y su condición (...) le imponen”.

En el análisis de estos tres casos, el comportamiento de las mujeres habla de una historia de abuso y maltrato en sus vidas, condiciones que determinan la construcción de su realidad. Para entenderlas, se deben

erradicar de su comprensión, las concepciones metodológicas que las categorizan, con el fin de acceder a sus vidas y superar las barreras morales que la sociedad impone.

El síndrome que se estudia devela también una realidad de vida de niños y niñas víctimas, que sufren en silencio el transitar por las instituciones de salud y en quienes se depositan las insatisfacciones no expresadas de la mujer-madre-niña, reproduciendo el círculo de la violencia. Este tipo de abuso afecta al niño o niña en su ser interior, no tanto por la parte física sino cuando queda descubierta la traición de la madre hacia él o ella.

Según Armus y Morici (2000) *“existen relatos autobiográficos de niños que padecieron SM (by proxy) que describen el sufrimiento psíquico que conllevó la salida de ésta. En todos los casos les implicó un lento y doloroso proceso a sus psiquismos incorporar a sus sistemas de pensamiento la idea de una madre que a pesar de un discurso contrario, en realidad estaba ejerciendo maltrato sobre ellos. Lo que parecía un signo de devoción y preocupación por sus cuerpos, encubría lo imposible de representar por el psiquismo infantil: el deseo de muerte materno”*.

Se menciona esta otra cara del espejo, por dos razones fundamentales: la primera porque la realidad del maltrato contra niños y niñas no se puede obviar y en segundo lugar, porque estas niñas y niños maltratados podrían reproducir en el futuro los mismos comportamientos. Sin embargo, dentro de este análisis interesa destacar y evidenciar la ruta crítica que estas mujeres madres atraviesan desde el momento mismo en se empieza a sospechar que puedan ser portadoras del SMPP.

Si se analiza desde la óptica de los Derechos Humanos, puede considerarse que en esta problemática se está ante dos tipos de víctimas. Por un lado, la mujer-madre que es víctima de una socialización que le impone la maternidad y lo que pueda devenir de ésta y por otro el o la menor víctima de abuso y maltrato infantil, en el SMPP.

Como se refirió anteriormente, la madre es la principal informante de la historia clínica de su hijo/a. Para los médicos/as esta información es incuestionable mientras no se demuestre clínicamente lo contrario. Cuando se empiezan a descartar las enfermedades que la madre refiere y el personal comienza a cuestionar la veracidad de la información que la madre ha brindado, se inicia un camino en donde la mujer/madre es visualizada como "perversa" y "maligna" y la institución de salud en pleno le juzga el incumplimiento de su rol tradicional, apartándola del niño/a y denigrándola como mujer. A partir de aquí se involucran otras entidades que procuran la protección del/la menor (Comité del Niño Agredido de cada institución, Patronato Nacional de la Infancia, Juzgados) y al mismo tiempo, a la madre se le aísla, se le castiga quitándole a los hijos o hijas, impidiéndole toda opinión. Esta madre continuará siendo vista como "monstruosa" y lo que haga o diga no le ayudará a recuperar su anterior posición.

Esta situación crea en la madre una actitud defensiva que puede manifestarse de diferentes formas (agresividad, ira, odio, amenazas, ansiedad, entre otras) según lo presentado en los casos de este estudio y lo que se revisó en los expedientes e informes, todo lo cual, aunque esperable en una situación

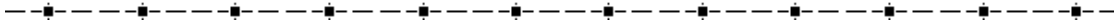
como esta, contribuye a complicar la relación madre-equipo de salud y a aumentar la resistencia y la negatividad hacia estas mujeres.

Las fuerzas sociales coercitivas que se generan a partir del diagnóstico del SMPP reflejan desigualdad y discriminación. Esto se explica claramente en el texto de Arroyo (2002; 223) al referirse a las Leyes de Promoción de la Igualdad Social de la mujer, cuando afirma:

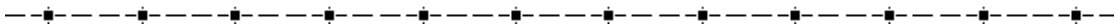
“Las legislaciones centroamericanas se caracterizan porque sus reformas y sus leyes por lo general protegen y tutelan a la mujer, siempre y cuando realice su función como reproductora de la especie o en el ámbito familiar. Prevalece por lo tanto el matiz de “mujer igual madre” ”.

Para agregar otro elemento a la ruta crítica, se considera que otra de las formas de desigualdad y discriminación de que son objeto estas mujeres-madres como sujetas de derecho a la salud, es la ausencia de tratamientos adecuados y principalmente específicos para este síndrome. En la justificación de este estudio se menciona que en el Hospital Nacional de Niños, por ejemplo, el abordaje consiste en referirla a la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, para que reciba terapia por trastorno mental y la advertencia de que si el niño o la niña vuelve a ser hospitalizado sin causa aparente, se le aplicarán las medidas de protección para los/las menores, incluyendo la pérdida de la tutela.

CAPÍTULO V.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



**“¿Quiero yo perpetuar el dolor?
¿Quiero yo enseñar la tradición
del dolor a mi hija, a mis hijos?”**



5.1 CONCLUSIONES

Caracterización del síndrome desde la información suministrada por las especialistas.

A pesar de que no todas las informantes habían trabajado directamente con mujeres-madres portadoras de este síndrome, proporcionaron significaciones personales muy valiosas con respecto a los principales conceptos que se manejan en este trabajo, como por ejemplo: construcción de la maternidad, situación de la mujer, connotaciones sociales patriarcales, entre otras, de un alto valor para el proceso de aprendizaje de las proponentes de esta investigación.

La manifestación del SMPP se encuentra en motivaciones intersubjetivas inconscientes de las mujeres-madres, que aún quedan por estudiar. El aporte de esta investigación consiste en evidenciar este vacío en la información y la necesidad de continuar explorándolo. Se sugiere que esta exploración se haga con base en conceptualizaciones de género, que podrían descubrir las razones por las que una mujer-madre incurre en la presentación de este comportamiento.

Se podría pensar que la dinámica del SMPP permite a la mujer acceder a un ámbito que “naturalmente” no le es permitido, el ámbito público. En él,

establece relaciones que podrían significarle gratificación en un interjuego con “los otros”, los que ostentan el poder.

Las profesionales entrevistadas mencionaron factores sociales y económicos que afectan en mayor medida a las mujeres, las niñas y los niños y que son importantes de tener en cuenta para analizar la manifestación del síndrome; así como también, resaltaron la importancia de estudiarlo desde un enfoque género sensitivo.

Estereotipos sociales y el SMPP.

La construcción de la identidad de género en la sociedad patriarcal, se hace a través de un proceso de violencia estructural en donde se imponen mandatos a hombres y mujeres, los cuales intervienen en sus interrelaciones.

En el proceso de socialización a las mujeres no se les forma para asumir su propia sexualidad, situación que causa maternidades impuestas debido a que no tienen poder sobre sus propios cuerpos. La maternidad se asume para legitimarse socialmente y en caso contrario se le rechaza.

A través de una serie de mitos, la sociedad patriarcal niega a la mujer la posibilidad de “no querer” a sus hijas e hijos. Esta situación abre la posibilidad de que algunas mujeres adopten comportamientos encubiertos de rechazo que podrían estar presentes en el SMPP.

Estos estereotipos sociales en cuanto a la maternidad permiten que muchas mujeres vivan en situación de violencia, la cual se reproduce circularmente a través de la socialización y de los poderes institucionales.

Violencia de género y formas de revictimización en el abordaje del SMPP.

La dificultad que se presentó durante la investigación para entrevistar a las mujeres-madres demuestra el temor a la revictimización, luego de la ruta crítica por la que han transitado y da cuenta de una vulnerabilidad propia de una historia de abuso y maltrato en sus vidas, historia que se repite en las instituciones de salud cuando ellas acuden con sus hijos e hijas.

Dos de las tres madres en los casos revisados tienen antecedentes de abuso sexual infantil, lo que coincide con lo reportado en la bibliografía. El impacto de este abuso y sus consecuencias no es tomado en cuenta para el abordaje, a pesar de que sus secuelas son determinantes en lo que respecta a la vulnerabilidad hacia la violencia.

El diagnóstico del SMPP en sí mismo representa violencia de género, ya que el modelo biomédico no permite la explicación de lo que motiva a las mujeres-madres a presentar este síndrome y responde a un modelo tradicional que enmarca los comportamientos en categorías rígidas de análisis.

En los grupos donde se atiende a niños y niñas víctimas del SMPP, se presentan importantes vacíos desde el género, al no tomar en cuenta a la mujer-madre como sujeta de derecho a recibir un abordaje oportuno y eficaz. En su lugar, se le invisibiliza, denigra y juzga, privando el interés superior del niño o la niña. El discurso institucional se encarga de revictimizar a la mujer-madre, dañando además la discrecionalidad y confidencialidad que se debe a todo usuario o usuaria.

Otro vacío importante que se logró detectar fue la ausencia de procedimientos metodológicos adecuados para el abordaje de estas mujeres-madres en los ámbitos psiquiátrico, psicológico, de trabajo social, médico y de enfermería, mientras el niño o la niña permanece hospitalizado.

Existe una marcada ausencia de sensibilización de género en el personal tratante. La actitud de las mujeres que trabajan en el ámbito público se muestra en la legitimación de los roles impuestos y en la reproducción del poder de la institución que representan. Esto se evidencia en sus apreciaciones en cuanto a las mujeres-madres portadoras del SMPP, en una actitud poco sorora, no reconociendo la igualdad de género en ellas y culpabilizándolas por su conducta.

5.2 RECOMENDACIONES

Proponer al Sistema de Salud de Costa Rica la elaboración de un protocolo de abordaje integral. para la atención de las mujeres-madres diagnosticadas con el SMPP. Deberá construirse a partir de un enfoque género-sensitivo.

El personal de hospitales y centros de salud que interactúan con mujeres-madres en general, debe ser sensibilizado en cuestiones de género, para evitar la violencia contra las mujeres usuarias de los diferentes servicios. Se recomienda que este proceso sea realizado por el Instituto Nacional de las Mujeres en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social.

Establecer como prioridad la formación género-sensitiva de las personas que trabajan en los Comités del Niño Agredido, específicamente en el abordaje de casos con SMPP, de manera que se evite sostener y legitimar valores y normas que promueven la violencia y la exclusión social.

Promover un cambio en las políticas de salud reproductiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, que favorezca la autonomía y la decisión de cada mujer sobre su cuerpo y los embarazos que desee tener, en procura de que esta sea protagonista de su propia vida. Así se estará contribuyendo a evitar el maltrato infantil producto de maternidades no deseadas, como parte de una labor preventiva.

Es de vital importancia la aplicación del enfoque de los derechos humanos en lo que se refiere al abordaje de las mujeres-madres portadoras del

síndrome, lo que se traduciría en tratamientos adecuados y oportunos para la salud de estas mujeres.

Proponer que esta temática se analice en futuros estudios, para lo que se ofrece el instrumento “Entrevista a profundidad a mujeres-madres portadoras del SMPP” así como el manual que se elaboró como guía para la entrevista.

Otro material a disposición para cumplir con los requisitos bioéticos cuando se investiga con usuarios/as de los servicios de salud, es el documento “Información para las mujeres-madres y Consentimiento Informado”, que puede ser utilizado en eventuales investigaciones, el cual se incluye en el Anexo 7 de este documento..

La violencia hacia todas las personas debe ser erradicada.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, Ana de Miguel. El origen de la opresión de la mujer. Marxismo y feminismo en Aleiandra Kollontay. Instituto de Investigaciones Feministas, Universidad Complutense de Madrid. En: Antología: La construcción social de la cultura de la violencia. UNED, 2002.

Antologías de los cursos en la Maestría de Estudio de la Violencia Social y Familiar. UNED, 2002-2003.

Arroyo Vargas, Roxana. Aplicabilidad sobre la normativa sobre violencia contra la mujer en Centroamérica. Heredia, Costa Rica/Universidad Nacional, CEM-MUJER_IEM, 2002.

Babbie, Earl. Fundamentos de la investigación Social. International Thomson Editores. México, 2000.

Barrantes Echevarria, Rodrigo. Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. 5.reimp.de la 1. Ed. -San José, C. R.: EUNED, 2002.

Bonilla, Amparo. "Sistema sexo género, identidades y construcción de la subjetividad". Universidad de Valencia, España. 2002

Caamaño, Carmen y Rangel, Ana. Maternidad, feminidad v muerte. La mirada de los otros frente a [a mujer acusada de infanticidio. 1.ed, San José, CR: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2002.

Calvo Fajardo, Yadira. La mujer, víctima y cómplice. San José: Editorial Costa Rica. 1993.

Conde V, De La Gándara, JJ. Aproximación teórico-conceptual al llamado síndrome de Polle o síndrome de Münchhausen en la infancia. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, Volumen 23. 1985.

Eichler, M (1988). Non-sexist research methods. A practical guide. Massachussets, Alien and Unwin, Inc. Traducido por Ana L. Hidalgo

Everingham, Christine. Maternidad: autonomía y dependencia. Un estudio desde la psicología. Narcea, S. A. De Ediciones. Madrid, 1997.

Facio, Alda y Fries, Lorena. Género y derecho. Colección Contraseña, Estudios de género. En: Antología: La construcción social de la cultura de la violencia. UNED, 2002.

Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana de México. México, 1995.

Hidalgo, Roxana y Chacón, Laura. Cuando la feminidad se trastoca en el espejo de la maternidad. EUCR, 2001

La Colectiva del Libro de las Mujeres de Boston. Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Siete Cuentos Editorial/ Nueva York. 2000.

Lagarde, Marcela. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Cuadernos inacabados. En: Antología: La construcción social de la cultura de la violencia. UNED, 2002.

Lagarde, Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. UNAM. México. 1993.

Lemer, Gerda. La creación del patriarcado. Editorial Crítica. En: Antología: La construcción social de la cultura de la violencia. UNED, 2002.

Lerner, Gerda. The creation of patriarchy. New York, USA, Oxford University Press, 1987.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, compilado por la American Psychiatric Association, 1999.

Millet, Kate. Política sexual. Cátedra, Instituto de la Mujer. Madrid, 1995

Patterman, Carole. Desigualdad de Género y Diferencias Culturales. En: Antología "Enfoques teóricos de la Violencia Social y Familiar". Compiladora: Dra. Gioconda Batres. EUNED: 2002.

Revista Medicina, Vida y Salud. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 2002.

Saltzman, Janet. "Equidad y género". En Antología: "La construcción social de la cultura de la violencia" EUNED; 2002.

Sau, Victoria. El vacío de la maternidad. Icaria Editorial, S.A. Barcelona, 1995.

Videla, Mirta. Maternidad, mito y realidad. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1997.

Wolfensberger Sherz, Lilly. Cuerpo de mujer, campo de batalla. Serie: Libertad y Responsabilidad. Plaza y Valdéz Editores, México. 2001.

Documentos de Internet:

Mercado, Patricia. Género, laicismo v ciudadanía. La maternidad y su violencia simbólica.

Espinoza, Alfredo y otros. Síndrome de Munchausen: un reto para el clínico
Rev Cubana Med 2000;39(4):228-37

Sell, Fernando. Trastorno ficticio por poderes: Síndrome de Munchausen by proxy

Casino, Gonzalo. Munchausen por Internet. Año 2000.

Armus y Morici. Una aproximación a los fenómenos intersubjetivos en juego en el Síndrome de Munchausen por poder.

Lagarde, Marcela. Aculturación feminista. Texto publicado en "Género en el Estado. Estado en el género". Ediciones de las mujeres No 27, Isis Internacional. Artículo proporcionado por Modemmujer (México):
modemmujer@laneta.apc.org

La edad más densa de la vida de las mujeres. Entrevista a Marcela Lagarde por Gabriela Cob y Fernando Francia.

¿Quién soy?, ¿Quiénes somos?, ¿Quiénes son?: Acercándonos a la Identidad de Género de las y los Adolescentes y Jóvenes. San José: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, 1998.

Cendoc, Cidhal. Marcela Lagarde. Identidad femenina. Mayo, 2001.

La soledad y la desolación. Marcela Lagarde. 6.Feb.03

Maternidad y feminismo. Diana Miloslavich Túpac.

Relaciones entre Madres e Hijas: "La gran herida". Ethel Morgan

Documento de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)

ANEXOS

ANEXO 1
INSTRUMENTO DE ENTREVISTA A PROFESIONALES INVOLUCRADOS
CON LA PROBLEMÁTICA.

Datos personales:

Nombre
Especialidad
Grado académico
Lugar de trabajo

Experiencia en la temática (SMPP):

Sí () No ()
Comente:

Experiencia en el manejo de casos:

Sí () No ()
Comente:

Qué enfoque utilizaría Ud. para abordar del SMPP?:

Biomédico ()
Psicosocial ()
De género ()
Comente:

Opinión y criterios para el análisis de la problemática.

ANEXO 2
INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN
EXPEDIENTES .

CASOS DE NIÑAS/NIÑOS HIJOS/AS DE MADRES DIAGNOSTICADAS CON
EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.
HOSPITAL MAX PERALTA, AGOSTO 2003

Información general

1. Nombre de la madre
2. Edad
3. Edad en que fue diagnosticada con SMPP
4. Estado civil
5. Escolaridad
6. Ocupación
7. Procedencia
8. Hijos/hijas (sexo y edad)
9. Condición socioeconómica

Antecedentes familiares

- 1- Familia de origen (incluir parentesco, edad, escolaridad, relación afectiva, condición socioeconómica)
- 2- Antecedentes heredofamiliares patológicos (enfermedades hereditarias y otros padecimientos)
- 3- Antecedentes heredofamiliares no patológicos (tabaquismo, alcoholismo, abuso de sustancias, delincuencia, abuso sexual y violencia familiar)

Antecedentes personales

- 1- Patológicos (padecimientos físicos y mentales)
- 2- No patológicos (tabaquismo, alcoholismo, abuso de sustancias, delincuencia, abuso sexual, violencia familiar)

Dinámica de pareja

- 1- Estado marital
- 2- Número de uniones y/o causas de separación
- 3- Relación de pareja (calidad de vínculo afectivo, comunicación, relaciones de poder, relaciones sexuales)
- 4- Tipología del esposo/compañero. Características de socialización.

**ANEXO 3
INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA A MUJERES-MADRES.**

**MADRES DIAGNOSTICADAS CON EL SINDROME DE MUNCHAUSEN POR
PODERES.
HOSPITAL MAX PERALTA, AGOSTO 2003**

Información general

- 1- Nombre de la madre
- 2- Edad
- 3- Edad en que fue diagnosticada con SMPP
- 4- Estado civil
- 5- Escolaridad
- 6- Ocupación
- 7- Procedencia
- 8- Hijos/hijas (sexo y edad)
- 9- Condición socioeconómica

Antecedentes familiares

- 1- Familia de origen (incluir parentesco, edad, escolaridad, relación afectiva, condición socioeconómica)
- 2- Antecedentes heredofamiliares patológicos (enfermedades hereditarias y otros padecimientos)
- 3- Antecedentes heredofamiliares no patológicos (tabaquismo, alcoholismo, abuso de sustancias, delincuencia, abuso sexual y violencia familiar)

Antecedentes personales

- 1- Patológicos (padecimientos físicos y mentales)
- 2- No patológicos (tabaquismo, alcoholismo, abuso de sustancias, delincuencia, abuso sexual, violencia familiar)
- 3- Inicio de su sexualidad
- 4- Edad de sus embarazos y partos

Historia personal

- 1- Infancia
- 2- Adolescencia
- 3- Adulthood

Dinámica de pareja

- 1- Estado marital
- 2- Número de uniones y/o causas de separación
- 5- Relación de pareja (calidad de vínculo afectivo, comunicación, relaciones de poder, vida sexuales)
- 6- Tipología del esposo/compañero. Características de socialización.
- 7- Mitos y tabúes que maneja con respecto a la sexualidad

Maternidad

- 1- Manejo del concepto
- 2- Percepción de su significado
- 3- Socialización como madre.
- 4- Circunstancias de embarazo/s
- 5- Apoyo del progenitor (soledad, acompañamiento o violencia)
- 6- Experiencias de vida como madre

Relaciones madre-hija

- 1- Presencia o ausencia de la madre durante la niñez y adolescencia
- 2- Tipo de vínculo afectivo
- 3- Conflictos (si los hubo) y su resolución
- 4- Transmisión de patrones madre-hija
- 5- Experiencias de vida como hija

Percepciones subjetivas

- 1- Impacto de su diagnóstico
- 2- Percepción de los otros
- 3- Percepción del poder institucional
- 4- Planes a futuro

ANEXO 4
MATERIAL UTILIZADO EN LA SESIÓN DE GRUPO FOCAL.

AGENDA

- Presentación de las participantes e investigadoras.
 - Dinámica rompehielo.
 - Tema: Rol social de la mujer.
 - Actividad: Maternidad
 - Tema: Percepción de SMPP
 - Actividad: Reacciones ante mujer-madre con SMPP
 - Agradecimiento y compromiso de devolución.
-



A continuación se presentan algunas afirmaciones que manejamos con respecto a la maternidad. Marque con una equis en las casillas las opciones con las que usted está de acuerdo.

- () La mujer siempre disfruta mucho la maternidad.
- () La función de la mujer en la sociedad es la reproducir la especie.
- () La maternidad es la máxima realización de la mujer.
- () Toda mujer debe ser abnegada, entregada, dulce y comprensiva.
- () Toda madre es buena.
- () Ninguna mujer es completa si no es madre.
- () Las mujeres tenemos hijos e hijas como concesión para el hombre.
- () Todas las mujeres queremos ser madres y tenemos capacidades infinitas de dar amor.
- () Todas las mujeres nacemos con un instinto maternal.
- () Una madre ama a sus hijos e hijas toda la vida e incondicionalmente.



ANEXO 5
INFORMACIÓN DE LAS MUJERES-MADRES
REVISIÓN DOCUMENTAL

CASO 1

1- Información general

- 1- Nombre: Y.M.A.
- 2- Edad: 31 años 17/8/72
- 3- Edad en que fue diagnosticada con SMPP: 2001/ 29 años
- 4- Estado civil: Divorciada. Casada una vez, dos hijas de ese matrimonio y un niño y una niña de uniones extramatrimoniales
- 5- Escolaridad: Bachiller de colegio.
- 6- Ocupación: Trabaja en decoración de fiestas.
- 7- Procedencia: La Lima, Taras de Cartago.
- 8- Hijos/hijas (sexo y edad): 1 niña de 10 años, 1 niña de 7, 1 niña de 4 y 1 un niño de 3. Tuvo un embarazo ectópico el 7/9/98
- 9- Condición socioeconómica: Media Baja. Casa de cemento, 5 dormitorios. Vive con sus 4 hijos. Sin compañero al momento de la revisión. Servicios básicos completos, casa propia. Recibe pensión alimenticia del exesposo para sus dos hijas mayores. También aportan los padres de los dos menores.

Antecedentes familiares.

- 1- Familia de origen: Padres separados, “aparentemente pasivos, tranquilos”, hija de unión libre. Aparentemente bajos recursos.
- 2- Antecedentes heredofamiliares patológicos: Hipertensión y diabetes.
- 3- Antecedentes heredofamiliares no patológicos: no se documentan.

Antecedentes personales.

- 1- Patológicos: Diabetes gestacional, asmática desde la infancia. Múltiples ingresos por: diagnósticos gineco-obstétricos.

Dx Psq.Trastorno depresivo secundario , rasgos de personalidad pasivo agresiva, Síndrome de Munchausen por poderes.

Psicodiagnóstico: Cuadro depresivo ansioso con rasgos de personalidad dependiente, según Test de la Figura Humana, Inventario de la Personalidad MMPI y el RORSCHACH.
- 2- No patológicos: Una vecina la describe como una persona inestable, dispersa, poco preocupada por los quehaceres del hogar aunque se muestra mucho afecto y cariño por sus hijas. Sin embargo, un reporte de Trabajo Social indica que las condiciones del hogar son muy adecuadas.

La historia de vida de la madre, según el informe de Trabajo Social de esta institución, refiere que no pudo ser realizada porque no se creó una relación de empatía.

Dinámica de pareja

- 1- Estado marital: Divorciada.
- 2- Número de uniones y/o causas de separación: Un matrimonio y dos relaciones no permanentes. Actualmente, vive sola con sus hijas e hijo. Las causas del divorcio y las separaciones de sus compañeros posteriores no se documenta en los informes revisados.
- 3- Relación de pareja: Relación periférica con 2do compañero. Durante las entrevistas él se mostró pasivo.
- 4- Tipología del esposo/compañero. Características de socialización.
No se encontró información a este respecto.

CASO 2

Información general

- 1- Nombre de la madre: A.I.C.N.
- 2- Edad: 32 años
- 3- Edad en que fue diagnosticada con SMPP 31 años
- 4- Estado civil: Viuda
- 5- Escolaridad: VI grado primaria
- 6- Ocupación: Ama de casa
- 7- Procedencia: Frailes, Corralillo
- 8- Hijos/hijas (sexo y edad): Froilán 6 años y Stefani 8 años
- 9- Condición socioeconómica: precaria

Antecedentes familiares

- 1- Familia de origen: Familia de condición socioeconómica precaria, compuesta por padre y madre, dos hermanos de 18 y 25 años y una hermana de 26, la cual a su vez tiene una hija de cuatro años y medio. Las relaciones interfamiliares son conflictivas, principalmente de la madre con su progenitor.
- 2- Antecedentes heredofamiliares patológicos (enfermedades hereditarias y otros padecimientos): dos hermanos con retardo mental y un sobrino con autismo.
- 3- Antecedentes heredofamiliares no patológicos: no se encontró información en el expediente sobre estos aspectos.

4- Antecedentes personales patológicos: Físicos: Adenoides, otorragia izquierda desde nacimiento. Ginecología: Salpingectomía bilateral referida en hoja de ingreso de su último embarazo, Agosto 1996. Pero luego, en el 2000, aparece un ingreso por aborto incompleto, consecuente legrado, señalan hiperplasia endometrial, histerometría. Reingresó días después por dolores cólicos y vómitos donde señalan que descartaron “perforación”.

Mentales: Epilepsia Grand Mal en tratamiento con Fenobarbital y control psiquiátrico. Episodios depresivos. Ha sufrido varias descompensaciones psiquiátricas y tuvo un internamiento en el Hospital Chacón Paut por intento de autoeliminación hace un año.

5- No patológicos: historia de vida difícil con antecedentes de maltrato infantil y conflictos familiares en el pasado que se han exacerbado en el presente, lo que ha deteriorado las relaciones familiares. **Se documenta abuso infantil “sin tratamiento oportuno”.**

Dinámica de pareja

- 1- Estado marital: es viuda desde hace cuatro años, su esposo murió víctima de cáncer de hígado.
- 2- Número de uniones y/o causas de separación: al quedar viuda establece una relación de apoyo económico de un cuñado (hermano del esposo), con quien instaura luego una relación afectiva, producto de la cual nace su segundo hijo.
- 3- Relación de pareja: no se encuentran datos.

4- Tipología del esposo/compañero. Características de socialización: No se encuentran datos. **“A criterio del equipo de salud, la madre presenta problemas en su estado mental al aumentar o construir enfermedades en la niña por medio de lo cual obtiene ganancias secundarias de orden económico, de reconocimiento y afecto”**

CASO 3

Información general

- 1- Nombre de la madre: AC: M. A.
- 2- Edad: 37 años
- 3- Edad en que fue diagnosticada con SMPP: 37 años
- 4- Estado civil: casada
- 5- Escolaridad: Master en Preescolar, Bachiller en Derecho y dice ser “neuróloga pediatra empírica”.
- 6- Ocupación: Directora de Jardín de Niñas/os.
- 7- Procedencia: Cartago centro. Barrio Asís.
- 8- Hijos/hijas: 3 hijos varones. 11, 7 y 4 años. Dos abortos espontáneos.
- 9- Condición socioeconómica: Clase media. Casa propia, construcción de cemento, 4 habitaciones.

Antecedentes familiares

- 1- Familia de origen: Proviene de una familia de 4 hijos. Única mujer.
Padre vendedor de lotería, paciente psiquiátrico. No se encontraron otros referentes.
- 2- Antecedentes heredofamiliares patológicos: Diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedades mentales (padre psicótico con internamiento en HNP y primos maternos.
- 3- Antecedentes heredofamiliares no patológicos: No se encontró información.

Antecedentes personales

- 1- Patológicos: Episodios depresivos, ansiedad y estrés laboral. Insomnio. Temor a repetir la enfermedad mental del padre. Ideación suicida. Ha iniciado trámites de pensión por psiquiatría. Ingresos por psiquiatría en Hospital Nacional Psiquiátrico y Hospital Calderón Guardia.
5 Embarazos, 4 cesáreas y un aborto.
- 2- No patológicos: **Antecedentes de violación en su infancia.**
En la actualidad, víctima de agresión verbal y psicológica por parte del esposo, y múltiples problemas laborales e innumerables incapacidades.

Dinámica de pareja

- 1- Estado marital: Casada.
- 2- Número de uniones y/o causas de separación: Solo un matrimonio.
- 3- Relación de pareja: relaciones de pareja conflictivas. **Víctima de agresión verbal y psicológica.** Han tenido separaciones por problemas en el área sexual.
- 4- Tipología del esposo/compañero. Características de socialización.
Esposo profesional. Abogado. Aparentemente agresor.

ANEXO 6



UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

MAESTRIA EN ESTUDIOS DE LA VIOLENCIA SOCIAL Y FAMILIAR

MANUAL PARA LA ENTREVISTADORA

**“ENTREVISTA A PROFUNDIDAD PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE
MUJERES-MADRES DIAGNOSTICADAS CON SMPP”**

Setiembre, 2003



MANUAL PARA LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

1- Consideraciones generales

Como parte de las relaciones horizontales que debemos establecer con las mujeres madres, creemos conveniente respetar las siguientes reglas.

Apariencia y comportamiento.

Como regla general, el vestido debe ser discreto de acuerdo al ambiente en que se va a desarrollar la entrevista. El comportamiento debe ser cordial, transmitir confianza y desarrollar empatía.

La teoría de género ha creado una práctica a partir del pensar, del hacer y ser de las mujeres. Por esto, las acciones dirigidas a mujeres deben darse en una estructura no jerárquica, con un estilo basado en el respeto, con reconocimiento y aceptación de nuestras diferencias e integración de nuestras múltiples habilidades e intereses.

LAS MUJERES USAMOS LA CONVERSACIÓN PARA ESTABLECER CONEXIONES.

1- Familiaridad con el instrumento.

Debemos estudiar cuidadosamente la guía de la entrevista punto por punto y familiarizarnos con las especificaciones preparadas.

Evitar al máximo consultar el instrumento, solicitarle a la entrevistada el permiso para grabar la conversación y aceptar con respeto y comprensión una respuesta negativa.

SI NO CONOCEMOS BIEN EL INSTRUMENTO, SE PONDRÁ UNA CARGA INJUSTA SOBRE LAS ENTREVISTADAS.

Aspectos de comunicación empática a tomar en cuenta:

- permitir la libre expresión de sentimientos.
- validar sentimientos propios de la entrevistada.
- dirigir la conversación hacia los objetivos.
- no permitirnos emitir juicios de valor.
- acompañar a las mujeres-madres en la construcción de sus propias historias.
- mostrarse comprensivas y sororas en todo momento del relato.
- establecer una buena escucha y mostrarse interesada
- adaptar el lenguaje, la actitud, la postura corporal y el contexto a las características socioafectivas y cognoscitivas de las entrevistadas

Actitud durante la entrevista.

- Se debe estar en condiciones de explicar o aclarar cualquier duda que refiera la entrevistada.
- Se debe conducir la entrevista con tacto y naturalidad.

- Se debe establecer un buen rapport.
- Realizar la entrevista con privacidad y tranquilidad, negociando con la entrevistada el sitio donde realizarla.
- Evitar todo comentario irrespetuoso, bromas de mal gusto y expresiones bruscas o salidas de tono.
- Durante la entrevista registrar todo dato que logre escuchar o captar visualmente y que estime conveniente para complementar los datos.
- No dudar en suspender la entrevista en caso de que la entrevistada presente: estado de angustia, llanto, ira o se niegue rotundamente a ser entrevistada.
- Expresarse con claridad y sencillez, hablar calmadamente.

Sin embargo,

RECORDAR CONTÍNUAMENTE QUE NO SE ESTÁ EN UNA PLÁTICA ORDINARIA, SINO EN UN PROCESO INVESTIGATIVO INDUCTIVO.

ANEXO 7

Información para las mujeres madres y
consentimiento informado.

Investigación: **El rol materno asignado a la mujer en una sociedad patriarcal como factor desencadenante del Síndrome de Munchausen por poderes.**

Investigadoras principales **Lic. Rocío Mata Brenes y Lic. Vanessa Villanueva Schofield.**

Teléfonos: **354 3909 y 382 2660.**

Centro donde se llevará a cabo la investigación: **Hospital Benemérito Max Peralta Jiménez de Cartago.**

Introducción:

Antes de que Usted decida tomar parte en este estudio de investigación, es importante que lea cuidadosamente este documento. Las investigadoras discutirán con Usted el contenido de este informe y le explicarán todos aquellos puntos en los que tenga dudas. Si después de haber leído toda la información Usted decide participar en este estudio, deberá firmar este consentimiento en el lugar indicado y devolverlo a las investigadoras. Usted recibirá una copia.

Objetivos del estudio:

A Usted se le ha pedido autorización para participar en un estudio de investigación sobre la problemática del Síndrome de Munchausen por poderes. El presente documento pretende el consentimiento de su parte para efectuar una conversación con Usted en cuanto a la problemática por la que su hija fue atendida en el Hospital Benemérito Maximiliano Peralta Jiménez de Cartago y forma parte de una investigación respaldada por la Universidad Estatal a Distancia. Queremos aclararle que Usted no corre ningún riesgo al consentir realizar esta entrevista. Por el contrario, la información que nos brinde contribuirá a la comprensión de este problema y a ayudar a otras madres.

El objetivo del estudio es analizar las motivaciones que impulsan a las mujeres-madres a presentar este Síndrome, con el fin de aportar una forma nueva de comprender la problemática.

Procedimientos a seguir:

Si Usted acepta participar en este estudio, las investigadoras se pondrán en contacto con Usted lo más pronto posible para concertar una cita y poder llevar a cabo una entrevista previamente diseñada de acuerdo con los objetivos de este estudio.

Qué pasará durante las citas?

Se tratará de brindarle un ambiente tranquilo en el cual se desarrollará una conversación con un estilo basado en una relación de iguales con respeto, reconocimiento y aceptación de nuestras diferencias y en la construcción de su propia historia.

Se tratará de conducir la entrevista hacia la exploración del propio estilo de vida, creencias, mitos y relaciones con otros y consigo misma, integrando su propia realidad .

Beneficios para las participantes:

Se hace conciencia que el trabajo que cada una realiza no sólo es en beneficio personal sino que nutre al conjunto de las mujeres. Un aspecto que será prioritario, es la transformación de la histórica y cultural rivalidad entre mujeres por relaciones donde se estimule la comprensión y la solidaridad.

Confidencialidad:

A menos que la ley lo exija, solo las investigadoras o los organismos regulatorios institucionales y gubernamentales tendrán acceso a los datos

confidenciales que la identifican por su nombre. Su nombre no aparecerá en ningún informe ni publicación, resultantes del presente estudio.

Contactos:

Las investigadoras deben haber contestado todas sus preguntas referentes al estudio. Si Usted tiene preguntas adicionales durante el estudio, puede dirigirse a Rocío Mata al teléfono 354 3909 o a Vanessa Villanueva, al teléfono 382 2660.

Si Usted tiene alguna pregunta referente a sus derechos como sujeto de investigación o quiere denunciar alguna situación anómala, puede dirigirse al Comité de Prevención y Atención Integral de la Violencia Infanto Juvenil de Cartago, Dra. Lady Zamora, Coordinadora.

Participación voluntaria:

Su participación es voluntaria, siéntase en libertad de suspender la entrevista o de negarse a participar en la investigación si no se siente cómoda, sin perjuicio alguno o pérdida de sus derechos o participación en futuros estudios. Además, las investigadoras pueden dar por terminada la participación en cualquier momento si se presentan violaciones al protocolo, ha habido inconvenientes provocados por el estudio o por razones administrativas.

Consentimiento:

He leído y comprendido este consentimiento informado. He recibido respuestas a todas mis preguntas. Acepto voluntariamente participar en el estudio.

Al firmar esta fórmula no estoy renunciando a los derechos que de todas maneras tengo como participante en un estudio de investigación.

Nombre de la madre.-----

Firma.----- Fecha.----- Cédula.-----

Nombre del testigo.-----

Firma.----- Fecha.----- Cédula.-----

Nombre de investigadora.-----

Firma.----- Fecha. ----- Cédula.-----